Robert J. Kohlenberg
Mavis Tsai

FAP
Psicoterapia Analítica Funcional
Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas

Traducción:
Luis Valero y Sebastián Cobos
Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
2007

© Los autores
© Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga
© De la traducción: Luis Valero

Imprime:
Imagraf Impresores, S.A. Telf.: 952 32 85 97
Depósito Legal: MA-1937-2007
ISBN: 978-84-9747-201-2

Prefacio

Este libro nació tras muchos años de experiencia colectiva tratando y pensando sobre nuestros clientes. Vemos este trabajo como un manual de tratamiento con directrices para crear relaciones terapéuticas profundas, intensas, significativas y saludables. No se trata de una colección de técnicas, aunque una parte representativa de ellas también están incluidas. En su lugar, hemos descrito un marco conceptual que intenta guiar la actividad del terapeuta. Aunque la teoría que utilizamos se adapta particularmente bien a este propósito, tan pronto como la nombramos perdemos la mayoría de nuestra audiencia. Así, nuestro deseo de promover la estimulación intelectual y de compartir nuestras ideas clínicas, se ve obstaculizado precisamente por la teoría en la que confiamos.

Los clínicos no asimilan fácilmente las nuevas técnicas que se le ofrecezcan en un libro. Además, es poco probable que sean receptivos si la teoría en que se basan provocan una fuerte reacción negativa. Sin embargo, generalmente esta teoría ha sido malinterpretada y poco entendida; y como consecuencia, el primer capítulo contiene explicaciones de los principios más importantes del conductismo radical y trata algunos de esos malentendidos. (Puede que no lo haya notado, pero nosotros estamos dentro de esta corriente). En el Capítulo 1, también mostramos cómo el conductismo radical se centra en la relación terapeuta-cliente.

Este libro se creó con la intención de que fuese leído de un modo más o menos secuencial, pero no tiene por qué ser así. Casi cualquier capítulo puede leerse aisladamente, puesto que se revisan la mayoría de los conceptos menos conocidos, aunque ya hayan aparecido en un capítulo anterior. En los tres primeros capítulos aparecen los aspectos más teóricos y abstractos, y en los capítulos siguientes se da un mayor énfasis a la aplicación clínica. Para algunos, la lectura de los capítulos más clínicos puede aumentar su interés por leer los capítulos teóricos anteriores. Esperamos que conforme vaya avanzando a lo largo de los capítulos y vea cómo se aplican los conceptos de un modo nuevo, se produzca un efecto acumulativo y estos conceptos lleguen a ser mucho más comprensibles.

En el Segundo Capítulo, presentamos los principios para hacer Psicoterapia Analítico Funcional (abreviada como FAP en todo el texto). Aunque damos cinco principios, sólo se necesita realmente el primero, y esperamos que eso sea lo que recuerde: "fíjese en las conductas clínicamente relevantes"; de eso es de lo trata todo el libro.

Quizás el Tercer Capítulo podría resultar el más difícil. Es la primera vez que se introducen algunos de los conceptos sobre la conducta verbal. Se explica un sistema para analizar lo que dicen los clientes. Ofrecemos un "atajo" para aquellos lectores que no quieran perder el tiempo aprendiendo el sistema y quieran ir directamente a las conclusiones principales.

Las emociones y la afectividad son centrales en el proceso terapéutico. Sin embargo, hemos seguido un camino ligeramente diferente a la mayoría de los otros sistemas

terapéuticos. Nuestras conclusiones son, por una parte, que los sentimientos no causan los problemas de los clientes, ni son los responsables del cambio terapéutico. Pero, por otra parte, la terapia no puede funcionar si no se trabaja con los sentimientos. Esta y otras paradojas se explican en el Capítulo 4, donde esperamos que nuestra discusión sobre la expresión de sentimientos aporte mayor claridad a este tópico tan confuso.

Todo el mundo piensa y tiene cogniciones. No sólo eso, sino que las cogniciones pueden jugar un papel importante en la terapia. En el Capítulo 5 ofrecemos el punto de vista conductista radical de estos fenómenos de una forma nueva. El resultado es un enfoque que creemos puede resultar útil a los psicoterapeutas, incluyendo los terapeutas cognitivos.

En este libro hemos extendido la aplicación de la teoría conductual más allá de sus dominios habituales. Esta extensión aparece en su mayor grado en el Capítulo 6, que trata sobre los problemas del yo, un tema apenas discutido habitualmente en los círculos conductuales. Presentamos el yo como una experiencia altamente personal que aparece de muy diferentes formas, unas más adaptativas que otras. Entre las formas desadaptativas que tratamos se encuentran los trastornos de personalidad límite, narcisista y múltiple. Explicamos los problemas del yo como resultado de varias condiciones externas que tienen lugar durante el desarrollo normal y patológico de la infancia.

En el Capítulo 7 ponemos en duda la opinión de que el énfasis de la FAP sobre la relación terapéutica es simplemente un psicoanálisis revisado. Se examinan los conceptos psicoanalíticos de transferencia y alianza terapéutica, y el modelo relacional de la terapia de las relaciones objetales, y se ofrece un caso como ejemplo del lugar único que ocupa la FAP entre la terapia psicodinámica y la conductual.

Dependiendo de sus intereses, los lectores podrían pensar que dejamos lo mejor para el final. El Capítulo Final ahonda en las precauciones éticas, las procesos de supervisión, los problemas inherentes a la metodología tradicional de investigación y sus implicaciones en la investigación con FAP, y cómo los principios de esta terapia se pueden extender para tratar problemas en el mundo fuera de la propia terapia.

Se ha de aclarar algo sobre la terminología conductual usada a lo largo del libro. El lenguaje conductual ayuda a proporcionar una nueva visión de los fenómenos clínicos, a expresar lo que tratamos de decir acerca de cómo ayuda la terapia y por qué los clientes tienen los problemas que tienen. Sin embargo, esta terminología no se desarrolló en el contexto de la psicoterapia, y resulta muy enrevesada cuando se utiliza para hablar sobre los fenómenos que ocurren en ella. Hemos abierto un camino entre el lenguaje del conductismo radical y el usado por la mayoría de los clínicos; a veces usamos más uno que otro, pero hemos intentado aprovechar la riqueza de ambos.

Este libro surgió a partir de un capítulo que originalmente apareció en el volumen editado por Neil Jacobson, "*Psychotherapists in Clinical Practice*" (1987). Agradecemos a Neil que nos animara a dar este primer paso. En este volumen hemos facilitado su aplicación clínica, mostrando más atención hacia la conducta verbal del cliente y usando transcripciones de casos. El capítulo sobre el yo se desarrolló a partir de un escrito original de Robert Kohlenberg y Marsha Linehan.

Bob Kohlenberg quiere reconocer la importancia de su hija Barbara en la génesis de este libro, puesto que ella fue la responsable de reavivar a un "quemado" conductista radical. Su hijo Andy contribuyó en los aspectos éticos, mientras que su hijo Paul le recordó la importancia de una mente curiosa, del buen humor y del compromiso. Su hermano David siempre estuvo ahí dispuesto a escuchar, lo que fue esencial para completar el libro. Su querida coautora, Mavis, infundió su vida con un amor y talento ilimitados, que proporcionaron los entretejidos que constituyen el núcleo de la FAP.

Mavis Tsai quiere recordar la memoria de Ned Wagner, su primer consejero tras graduarse. Su entusiasmo por sus ideas y por sus escritos, cuando ella no era más que una estudiante recién graduada, fue un regalo inestimable. En dos cortos años, Ned le proporcionó momentos de confidencias, curiosidad y comprensión. Sus otros dos consejeros, Stanley Sue y Shirley Feldman-Summers, también jugaron un papel esencial y de gran valor en su desarrollo como psicóloga. Otros mentores fueron Laura Brown, James Coleman y Ron Smith. Bob, su coautor y compañero, ha enriquecido de forma inconmensurable el significado y la alegría de su vida, con su amor apasionado, fértil, y con su maravillosa presencia.

Compañeros clínicos como Carla Bradshaw, Barbara Johnstone, Karen Lindner, Vickie Sears, Ellen Sherwood y Alejandra Suárez leyeron parte o el total del manuscrito y proporcionaron un *feedback* importante.

Estamos especialmente en deuda con Anne Uemura, una amiga y colega de primer orden, que dedicó incontables horas escudriñando cada palabra del manuscrito y proporcionó constructivas y detalladas críticas.

El difunto Willard Day fue una gran inspiración. Su trabajo mostró que la interpretación es una actividad esencial del conductista radical. Su deleite por dejar volar las ideas les facilitó un refugio en el que desarrollarse y prosperar.

Steve Hayes preparó el terreno para aplicar los principios del conductismo radical a la psicoterapia de adultos. Stanley Messer, el primero con orientación psicodinámica que tomó en serio nuestro trabajo, nos dio un *feedback* crítico incalculable.

A la próxima generación de terapeutas FAP -Michael Addis, James Cordova, Darla Broberg, Victoria Follette, Allan Fruzzeti, Enrico Ganaulti, Kelly Koerner, Marty Stern, Julian Somers, Paula Truax y Jennifer Waltz- agradecemos la dialéctica constante mientras se desarrollaban nuevas ideas y un nuevo sistema.

Estamos agradecidos a nuestros clientes por haber compartido con nosotros sus penas y alegrías más profundas. Todos y cada uno de ellos ha contribuido a nuestra perspicacia clínica y nos ha moldeado como terapeutas. Para garantizar la confidencialidad de los datos de los clientes que se describen en los casos clínicos, se han cambiado todos los nombres y otros datos identificativos.

La desaparición de B. F. Skinner es una gran pérdida para quienes lo admirábamos. La esencia de su larga vida de trabajo fue la esperanza que nos ofreció, saber que podríamos mejorar nuestras vidas y el mundo en que vivimos. Escribimos este libro con el espíritu de ese legado, y lamentamos que no tuviera la oportunidad de leerlo y de ver otro más de los incontables efectos que su trabajo ha tenido en los demás.

Robert J. Kohlenberg
Mavis Tsai

Índice

CAPÍTULO I. Introducción



Echando la vista a atrás sobre aquellos pacientes a los que he visto cambiar muchísimo, sé que lo decisivo estuvo en la relación terapéutica . . . Hubo lucha y miedo, proximidad, amor y terror. Hubo intimidad e indignación, preocupación y humillación . . . Fue un gran viaje, mucho más para el paciente que vino buscando ayuda, pero de hecho lo fue para ambos. Fue un proceso llevado a cabo durante todo el curso de la terapia y que dejó, tanto al paciente como al terapeuta, alterados por esa experiencia . . . La relación terapéutica es el corazón mismo de la psicoterapia, y es el vehículo a través del cual ocurren los cambios terapéuticos. (Greben, 1981, pp. 453-454)

Los clínicos más experimentados, independientemente de su orientación teórica, han tenido clientes memorables que mejoraron mucho más de lo previsto según los objetivos establecidos en la terapia. Para esos clientes, la descripción de Greben parece captar un aspecto de lo que sería el proceso terapéutico, incluso si el tratamiento estuviese basado en una teoría muy diferente de su perspectiva psicodinámica. Lo que se echa en falta en los escritos de Greben y en los de la mayoría de los sistemas de psicoterapia que se centran en la relación entre terapeuta y cliente, sin embargo, es un sistema conceptual coherente con constructos teóricos bien definidos que proporcionen guías terapéuticas paso a paso.

Describiremos un tratamiento que tiene un marco conceptual claro y conciso, y que parece producir lo que Greben describe. Hemos denominado a nuestro tratamiento *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP), y se deriva, quizás de forma inesperada, de un análisis funcional skineriano sobre la típica situación psicoterapéutica. Sus fundamentos están en el conductismo radical, el marco conceptual descrito en los escritos de B.F. Skinner (1945, 1953, 1957, 1974). A continuación, en el siguiente apartado se revisan los principios filosóficos más importantes del conductismo radical.

Aunque la FAP es un tipo de terapia de conducta, es bastante diferente de las terapias de conducta tradicionales, tales como el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la desensibilización o la terapia sexual. Por el contrario, las técnicas de la FAP concuerdan con las expectativas de los clientes que buscan una experiencia terapéutica intensa, emotiva y profunda. Más aún, es muy adecuada para los clientes que no han mejorado adecuadamente con las terapias de conducta tradicionales, que tienen dificultades para

establecer relaciones íntimas, y/o padecen ese tipo de problemas interpersonales difusos y generalizados tipificados en el Eje II del DSM-IV-R (APA, 2000). Para tratar estos profundos problemas, la FAP orienta al terapeuta hacia una relación afectuosa, genuina, confidencial, comprometida y emotiva con su cliente, al tiempo que saca provecho de la claridad, la lógica y las definiciones precisas del conductismo radical.

Desafortunadamente, el conductismo radical ha sido generalmente mal entendido y rechazado. Cuando le preguntamos a nuestros colegas qué es lo que les viene a la mente en respuesta al término *conductismo radical*, sus respuestas suelen ser: (1) "Pienso en las cajas de Skinner. Tengo una sensación visceral de rechazo. Creo que es simplista y que niega la realidad de una rica y compleja psique interna que interacciona con la realidad externa. El conductismo me ha parecido siempre muy arrogante, en el sentido de que el increíble misterio de la existencia ha sido reducido a lo que puede ser observado", y (2) "¿Saben aquél sobre dos conductistas radicales que hacían el amor apasionadamente?, al acabar uno le dijo al otro, 'lo hiciste muy bien, ¿cómo estuve yo?'". Estas reacciones –sobre que el conductismo radical es simplista, que reduce el significado de la conducta sólo a lo observable, y que tiene la necesidad de un acuerdo público- son representativas de los malentendidos que mantienen la mayoría de los clínicos. Estas distorsiones se deben, en parte, al estilo esotérico de los escritos de Skinner, que hace difícil su correcta interpretación y, también, al hecho de que el conductismo radical se confunde frecuentemente con el más ampliamente conocido conductismo metodológico o convencional. En contraste con el conductismo radical, el conductismo metodológico requiere un consenso público para las observaciones. Al centrarse sólo en lo que es públicamente observable excluye, pues, el estudio directo de la conciencia, los sentimientos y el pensamiento. Desde el principio, Skinner (1945) diferenció su planteamiento del resto de la psicología al afirmar que "mi dolor de muelas es tan físico como mi máquina de escribir" (p. 294), y rechazó la necesidad del consenso público. Para ser exactos, el chiste contado anteriormente por nuestro colega debería empezar con "¿Sabes aquél sobre dos conductistas metodológicos...?"

PRINCIPIOS FILOSÓFICOS DEL CONDUCTISMO RADICAL

Cuando uno habla de *radical*, viene con frecuencia a la mente la imagen de un extremista con ojos extraños. Generalmente, no es muy conocido el hecho de que la palabra *radical* procede del latín *radix*, que significa "raíz". "El radical auténtico es el que trata de llegar a la raíz de las cosas, no se distrae con superficialidades, el que ve el bosque tras los árboles. Es bueno ser radical. Cualquiera que piense *profundamente* será uno de ellos" (Peck, 1987, p. 25). Así pues, el conductismo radical es una teoría rica y profunda que intenta llegar a la raíz de la conducta humana. Los *lapsus linguae*, el inconsciente, la poesía, la espiritualidad y la metáfora son una muestra de los temas que han sido tratados por los conductistas radicales. Los sentimientos y otras experiencias privadas también se tienen en cuenta, y "la estimulación que ocurre dentro del cuerpo juega un papel importante en la conducta" (Skinner, 1974, p. 241). A pesar de la difi-

cultad para condensar en un breve resumen los escritos de Skinner, a continuación intentaremos describir los principios filosóficos básicos del conductismo radical.

Naturaleza contextual del conocimiento y la realidad

Skinner rechaza la idea de que para conocer algo, la expresión de ese conocimiento consista en una afirmación sobre lo que el objeto *es*, aquello que tiene una identidad más o menos permanente como un elemento real de la naturaleza. Podemos "reificar" los eventos porque estamos acostumbrados a hablar del mundo como algo compuesto de objetos que sentimos que tienen una inherente estabilidad o constancia. De hecho, el descubrimiento de verdades objetivas -el propósito inicial de la ciencia- se ha revelado como un ideal cada vez más insostenible. La ciencia, de forma fundamental, es o bien la conducta de los científicos o bien los artefactos de tal actividad; y la conducta científica, a su vez, está controlada presumiblemente por los mismos tipos de variables que gobiernan cualquier otro aspecto de la conducta humana compleja. Así pues, los científicos por sí mismos no son más que organismos que se comportan, y los intereses y las actividades del observador científico no pueden separarse por completo de las observaciones obtenidas.

Esta posición anti-ontológica de Skinner es parecida al punto de vista constructivista o kantiano (Efran, Lukens y Lukens, 1988). En el siglo XVIII, el filósofo Inmanuel Kant, uno de los pilares de la tradición intelectual occidental, propuso que el conocimiento es la invención de un organismo activo interactuando con un ambiente. En contraste, John Locke, fundador del empirismo británico, vio el conocimiento como el resultado del mundo exterior realizando una copia en el interior de mentes inicialmente "en blanco". Así, la visión lockeana considera básicamente a las imágenes mentales como "representaciones" o "descubrimientos" de algo que hay *fuera* del organismo, mientras que el punto de vista kantiano asume que las imágenes mentales son totalmente creaciones o "invenciones" del organismo, producidas como un sub-producto del transcurso de la vida. Los constructivistas son conscientes del papel activo que ellos mismos desempeñan al crear una visión del mundo, y al interpretar las observaciones en términos de esa visión.

Trasladando estas posiciones a la práctica clínica, una iniciativa objetivista, como el psicoanálisis clásico, se construye sobre la creencia de que es posible descubrir la verdad objetiva, y cuando ésta se revele se producirá mejoría en la salud psíquica. Por el contrario, la creencia constructivista es que una buena intervención genera sus propias verdades. Los terapeutas objetivistas quieren saber qué es lo que realmente ocurrió en el pasado. Los terapeutas constructivistas están más interesados en la "historia" como una clave de la narrativa desplegada que da su significado a los acontecimientos actuales; es decir, la historia y el bagaje de la persona que percibe influyen en la percepción de la experiencia original y en su recuerdo. De este modo, los recuerdos concretos y sus significados actuales pueden guardar poca relación con los acontecimientos y sus significados en el pasado. Aunque puede resultar imposible descubrir una verdad objetiva sobre el pasa-

do, el proceso actual de recordar y descubrir significados se considera que puede ser una intervención que conduzca a la mejoría del cliente. Por ejemplo, si una cliente relata un sueño sobre un incesto y duda sobre su veracidad, el énfasis no estaría en si el incesto ocurrió realmente, sino más bien en las verdades inherentes al sueño, en las condiciones que ella experimentó en su vida y que pudieron haberla llevado a tener ese sueño. Por tanto, la intervención terapéutica que implica la recuperación de recuerdos pasados genera sus propias verdades, si es que es efectiva para el progreso de la relación terapéutica.

En la tradición constructivista, los conductistas radicales hacen hincapié en el contexto y en el significado. Si algo se saca de su contexto pierde su significado. Si se introduce en otro contexto, adquiere un significado distinto; esta es una de las razones por las que Hayes (1987) prefiere el término *contextualismo* para el conductismo radical. Los problemas -mentales o de otro tipo- no se dan aisladamente. Son atribuciones de significado que surgen dentro de una tradición particular, y tienen significado sólo dentro de ella. Incluso las experiencias que la gente considera puramente físicas están, de hecho, moldeadas por el lenguaje y por las experiencias previas. El dolor, por ejemplo, no es simplemente excitación de terminales nerviosas; en parte es sensación, y en parte unas ideas sobre el temor -un conjunto de interpretaciones acerca de esas sensaciones (Efran, 1988).

A pesar de que la posición contextualista (constructivista) pueda ser intelectualmente atractiva, suele ser difícil introducir estas ideas en nuestra vida en general y en nuestra práctica psicoterapéutica en particular. Esto es, los psicoterapeutas (incluidos los conductistas radicales) pueden aceptar el contextualismo a nivel intelectual, pero no a nivel emocional. Como señalan Furman y Ahola (1988):

> *"Cuando hablamos de filosofía con nuestros colegas, podríamos admitir de buen grado que no hay un único modo de ver las cosas, pero cuando esto afecta a nuestras creencias sobre algún paciente en particular, tendemos a aferrarnos tenazmente a nuestra propia verdad. Olvidamos que las ideas son construidas por los observadores y a la larga nos convencemos a nosotros mismos de que de algún modo ofrecen una copia de la realidad . . . ¿Por qué pensamos que conocemos cuando, de hecho, simplemente imaginamos, construimos, pensamos o creemos?"* (p. 30)

Visión no mentalista de la conducta: la focalización en las variables ambientales que controlan la conducta

El conductismo radical explica la acción humana en términos de conducta, en vez de basarse en entidades u objetos dentro del cerebro. Así, en lugar de "memoria" y "pensamiento", el análisis se basa en "recordar" y "pensar". La conducta de introducir una moneda en una máquina expendedora de caramelos, se ve como una conducta y no como una señal que indique la presencia de alguna otra entidad no conductual, tales como un impulso, un deseo, una expectativa, una actitud o un fallo de las funciones del ego. Una explicación adecuada se centraría en aquellas variables que afectan a la conducta, tal como el número de horas transcurridas sin comer, y no en entidades

mentales. En el mentalismo, a los procesos psicológicos internos, tales como "fuerza de voluntad" o "miedo al fracaso", se les otorga un poder homuncular para causar otros acontecimientos más conductuales. Las explicaciones de la conducta quedan incompletas si no incluyen la identificación de los antecedentes observables –tan lejanos como sea posible- de esa conducta. Muchas "explicaciones" psicológicas actuales no hacen más que especificar algún proceso interno como causa de un aspecto particular de la conducta. Ahora sólo cabe preguntar qué es lo que hace que ese proceso funcione como lo hace.

Es importante señalar que a lo que Skinner pone objeciones es a que las cosas sean mentales, no a que sean privadas. Los acontecimientos privados, sin embargo, no tienen ningún estatus único, sólo su privacidad. Están cortados con el mismo patrón que la conducta pública y sujetos a los mismos estímulos discriminativos y reforzantes que afectan a cualquier conducta. Así, desde el punto de vista de Skinner, la respuesta privada de un cliente puede tener tanto, o tan poco, efecto causal sobre la conducta subsiguiente como una respuesta pública.

Al buscar explicaciones a la conducta, pues, los conductistas radicales se ocupan fundamentalmente de buscar "variables de control". Los acontecimientos se consideran variables de control cuando se percibe que están relacionados de algún modo con la conducta. La conducta verbal que describe una relación entre la conducta y las variables de control, se denomina *descripción de relación funcional*, y al intento sistemático de describir relaciones funcionales se le denomina *análisis funcional de la conducta*.

Interés central en la conducta verbal controlada por eventos directamente observados

Toda conducta verbal, no importa lo privada que pueda parecer, tiene sus orígenes en el ambiente. Aunque los fenómenos relacionados con el funcionamiento verbal humano varían desde lo más íntimo y personal hasta lo más público y social, todo el lenguaje significativo está moldeado en su efectividad por la acción de una comunidad verbal. De este modo, cuando un hablante dice que ve una imagen en su mente, eso que ha *dicho* le debe haber sido enseñado en su infancia por otros que no podían ver dentro de la mente de ese hablante. Esos "maestros" deben haber usado eventos observados directamente durante ese proceso de enseñanza (ver Capítulos 4 y 6).

¿Qué combinación de factores están involucrados en el hecho de que el hablante cuente lo que hace?. Conocer completamente qué es lo que ha causado que una persona diga algo es conocer el significado de lo dicho en su sentido más profundo (Day, 1969). Por ejemplo, para comprender lo que quiere decir un hombre cuando dice que acaba de tener una experiencia extra-corporal, deberíamos buscar sus causas. Primero, necesitaríamos saber algo acerca de la estimulación que acaba de experimentar en su cuerpo. Después, necesitaríamos saber porqué un estado corporal particular se experimenta como extra-corporal. Entonces, deberíamos buscar las causas ambientales retrocediendo en la historia de ese hombre, esto es, las circunstancias que rodearon su desarrollo y que lo condujeron a hablar de "cuerpo", "fuera de", "acabo de" y "yo". (En el Capítulo 6 se describen algunas de las

experiencias que generan el "yo"). Cuando sepamos todo esto, podremos comprender profundamente el significado de lo que quiso decir.

La observación directa es muy valorada como método para recoger datos relevantes. Es importante señalar, sin embargo, que lo observado no tiene por qué ser necesariamente público. Skinner es crítico con la filosofía de la "verdad por consenso", una perspectiva adoptada frecuentemente por los conductistas convencionales, que reclaman que el conocimiento científico debe ser público por naturaleza. De hecho, la mayoría de las veces, es más fácil considerar la observación como algo privado, puesto que sólo una persona puede participar en el acto individual de la observación. De modo similar, el interés no se limita a aquellos acontecimientos que se consideran en principio observables por cualquier otra persona. Los conductistas radicales se sienten tan libres para observar, o bien responder, a sus propias reacciones ante una sonata de Beethoven, así como para observar esa misma reacción en cualquier otro (Day, 1969). Una vez que ha tenido lugar la observación de la conducta, se anima a los observadores a interpretar lo que han visto, reconociendo que su interpretación particular estará en función de su propia y especial historia. Simplemente esperan que lo que han visto llegue a ejercer una influencia creciente sobre lo que dicen.

Esta influencia creciente del mundo sobre lo que se dice, tiene relación también con un *contacto* creciente con el mundo. Este contacto es altamente deseable en los científicos y puede considerarse el núcleo de la ciencia. Este aumento de contacto también es deseable para la mayoría de los clientes que pasan por la psicoterapia. Por ejemplo, el cliente que no expresa sus emociones (ver Capítulo 4), puede ser descrito igualmente como un cliente que evita el contacto con situaciones que evocan emociones, y por esta razón podría tener dificultades en las relaciones íntimas.

Estos principios filosóficos -que el conocimiento es contextual, que la conducta se entiende de un modo no mentalista, y que incluso la conducta verbal más íntima tiene su origen en el ambiente- han proporcionado un lenguaje y un concepto de la naturaleza humana que intenta aclarar la interacción entre la conducta del individuo y su ambiente natural. Los conceptos conductuales radicales se han utilizado para explicar un amplio abanico de prácticas terapéuticas, como el psicoanálisis y la desensibilización, así como para explicar ciertas experiencias humanas tales como los sentimientos, las preocupaciones, el yo o la ira.

La aplicación de los conceptos skinerianos, denominado *análisis de conducta aplicado*, es un enfoque más específico que usa analogías de los procedimientos de condicionamiento operante desarrollados en el laboratorio, para solucionar problemas clínicos de la vida real. Utilizamos el término *analogías* porque existen diferencias significativas entre la aplicación clínica y el trabajo del laboratorio (como veremos más adelante), que tienen implicaciones importantes para la psicoterapia. En la siguiente sección veremos cómo las bases conceptuales del análisis de conducta aplicado constituyen el soporte teórico de la FAP.

BASES TEÓRICAS DE LA FAP

Los intereses principales del análisis aplicado de la conducta son el reforzamiento, la especificación de las conductas clínicamente relevantes y la generalización (Kazdin, 1975; Lutzker y Martin, 1981; Reese, 1966). Estos procedimientos se han mostrado muy eficaces en el tratamiento de internos en hospitales, estudiantes en sus aulas, y niños pequeños o con retraso severo, poblaciones sobre las que el terapeuta ejerce un alto grado de control sobre el ambiente en la vida diaria. Con la excepción de Hayes (1987) y Kohlenberg y Tsai (1987), no se ha tenido en cuenta ni al conductismo radical ni al análisis de conducta aplicado como fuente de procedimientos clínicos para el tratamiento de problemas en adultos.

Este olvido del conductismo radical como provisión de recursos para la psicoterapia de adultos, resulta un tanto misterioso. Como ya señalábamos, la teoría es comprehensiva y abarca muchos de los conceptos que son importantes para los psicoterapeutas. La teoría, sin embargo, ha estado ahí desde hace mucho tiempo. Muchas de las ideas importantes para la psicoterapia fueron publicadas en los años cincuenta (Skinner, 1953, 1957). Hay también muchas personas, los analistas de conducta aplicados, que están familiarizados con la teoría e interesados al mismo tiempo en el trabajo clínico. Es posible que el éxito del análisis de conducta aplicado en ambientes controlados (p.ej. hospitales, escuelas) hayan obstaculizado su aplicación en un ambiente menos controlado como es la psicoterapia. Dicho de otro modo, los analistas de conducta estaban tan satisfechos con una aplicación limitada de la teoría, que no se propusieron extender las aplicaciones del conductismo radical a la psicoterapia de adultos.

Un obstáculo adicional para la aplicación del conductismo radical proviene de las dificultades para transferir los métodos del análisis aplicado de conducta al contexto de la psicoterapia. Las restricciones en el tratamiento de pacientes adultos externos incluyen el contacto limitado entre terapeuta y cliente, a una o más horas de terapia a la semana, el terapeuta no observa al cliente fuera de las sesiones, y la pérdida de control sobre las contingencias fuera de sesión. La FAP se basa en estudiar las formas en que puede utilizarse el reforzamiento, la especificación de conductas clínicamente relevantes y la generalización, dentro de las restricciones que impone el ambiente típico de despacho donde se suele aplicar el tratamiento.

Reforzamiento

El moldeamiento directo y el fortalecimiento de repertorios de conducta más adaptativos a través del reforzamiento, son fundamentales en el tratamiento analítico conductual. Utilizamos el término *reforzamiento* en su sentido genérico, técnico, para referirnos a todas las consecuencias o contingencias que afectan (aumentando o disminuyendo) a la fuerza de una conducta. La definición de reforzamiento es de tipo funcional; es decir, puede definirse algo como reforzador sólo después de haber mostrado un efecto para aumentar o disminuir la fuerza de una conducta.

No obstante, para algunos lectores esta definición pudiera no ser satisfactoria, pues-

to que no identifica reforzadores específicos tales como helados, sexo o caramelos. El reforzamiento no puede ser definido de ese modo porque consiste en un proceso; un objeto se convierte en reforzador sólo en el contexto del proceso, y no puede identificarse independientemente de ese contexto. Aunque el helado puede reforzar la conducta de una persona, puede que no lo haga con la conducta de otra, y no sería reforzador en ese caso. Además, el reforzamiento puede ser algo que no nos guste. Por ejemplo, el hecho de que el dentista nos espere en su consulta a una hora determinada fortalece nuestra conducta de acudir a la cita, aunque la operación odontológica por sí misma sea una experiencia desagradable.

También, es importante señalar que el reforzamiento es un proceso inconsciente; la mayor parte de nuestra conducta fue moldeada por un proceso de reforzamiento antes incluso de que aprendiésemos a hablar. Cuando se produce el reforzamiento, se da en el cerebro un cambio físico que somos incapaces de percibir. Aunque podamos notar sensaciones placenteras, o una tendencia a actuar de cierta forma, no sentimos el fortalecimiento actual de nuestra conducta. Por ejemplo, si un chico le dice "te quiero" a su novia, y ella sonríe tiernamente y contesta "yo también te quiero", él puede sentir placer en su cuerpo y pensar "esto es maravilloso". Pero el placer es independiente del proceso mismo de fortalecimiento en ese momento. El pensamiento "esto es maravilloso" fue un resultado del placer, estaba describiéndose a sí mismo sus sentimientos. Su conducta se fortaleció y, además, tuvo esos pensamientos y sensaciones placenteras. Tener conciencia de los pensamientos y sentimientos que acompañan al proceso de reforzamiento no es necesario en absoluto para que la conducta se fortalezca.

Desde el principio de los tiempos, sólo aquellas criaturas cuya conducta fue fortalecida por sus consecuencias pudieron adaptarse a los cambios ambientales y, por tanto, sobrevivir. El proceso de reforzamiento, pues, es el resultado de la evolución. Como veremos más adelante, es un proceso conductual fundamental que genera la conciencia, el pensamiento, el yo y la esencia de la experiencia humana.

El momento y el lugar del reforzamiento

Un aspecto bien conocido del reforzamiento es que, a mayor cercanía espacial y temporal entre la conducta y sus consecuencias, mayor será el efecto. Cualquiera que le haya dado *pellets* de comida a una rata en una caja de Skinner ha visto los efectos perjudiciales que la demora del reforzamiento puede tener sobre la conducta del animal. Sin embargo, el proceso de moldeamiento es efectivo si presionar la palanca y el *pellet* de comida están próximos. Igualmente, para el terapeuta de conducta es fácil reforzar, y así fortalecer, las habilidades de relajación de un cliente cuando esto ocurre en consulta. Es decir, los clientes se relajarán rápidamente en consulta cuando se les pida que lo hagan porque el terapeuta está allí mismo y refuerza directamente dicha conducta. Por otro lado, suele ser difícil conseguir que los clientes se relajen en su casa entre sesiones, porque el terapeuta sólo puede reforzar la conducta cuando el cliente llega a su cita semanal.

La implicación para la terapia de pacientes externos es que los efectos del tratamiento serían más potentes si los problemas

de los clientes y sus mejorías ocurrieran durante la sesión, que es donde están más cercanas, espacial y temporalmente, con el reforzamiento. Esta es la razón por la que la FAP es un tratamiento para los problemas de la vida cotidiana que también ocurren durante sesión de terapia. Ejemplos de tales problemas pueden ser las dificultades en las relaciones íntimas, incluyendo miedo al abandono, al rechazo, al aislamiento; dificultades para expresar sentimientos; afecto inapropiado, hostilidad, sensibilidad a la crítica, ansiedad social o compulsión obsesiva. Estos términos no hacen referencia a estados mentales o inferidos, pero se utilizan como términos descriptivos en general para dar al lector una idea del rango de conductas observables que se pueden evocar y cambiar bajo condiciones apropiadas durante la terapia.

Otra característica importante de la FAP, y por cierto más problemática, es que las mejorías en la conducta del cliente que tienen lugar en la sesión de terapia han de ser reforzadas inmediatamente. El reforzamiento de la conducta durante la sesión resulta problemático porque cuando el terapeuta está muy atento a proporcionar reforzamiento contingente e inmediato, inadvertidamente también puede hacerlo inefectivo y, quizás incluso, contraproducente.

El problema al utilizar el reforzamiento durante el tratamiento proviene de haber imitado los métodos de los analistas experimentales de conducta. Para conseguir que el reforzamiento sea lo más próximo a la conducta, los analistas de conducta aplicados, al hacer su trabajo clínico, han utilizado procedimientos análogos a los experimentos de de laboratorio sobre la conducta operante en animales. Estos clínicos adoptaron regla "da el pellet de comida inmediatamente después de la respuesta", y la trasladaron literalmente al ámbito clínico, como en "da el caramelo justo después de que el niño se mantenga en su silla durante dos minutos". Sin embargo, el propósito de los experimentos de laboratorio era estudiar los parámetros del reforzamiento, no beneficiar al sujeto o conseguir una generalización a su vida cotidiana.

Ferster (1967, 1972b, 1972c) examinó en profundidad las consecuencias clínicas de utilizar el reforzamiento arbitrario empleado en el contexto de laboratorio, en contraste con el que tiene lugar en el ambiente natural. Anticipando los peligros de emplear el reforzamiento con pacientes externos, Ferster advirtió que muchas de las recompensas usadas por los analistas de conducta aplicados -comida, fichas y elogios- podrían ser arbitrarias. Consideró este hecho como un serio problema clínico, ya que la conducta reforzada arbitrariamente sólo aparecería cuando el controlador estuviera presente, o cuando el cliente estuviera interesado en la recompensa específica que se le ofreciera. Como ejemplo de reforzamiento arbitrario, cita el caso de un autista con mutismo, tratado por analistas de conducta, que dejaba de hablar cuando no había comida.

Reforzamiento natural versus arbitrario

Dados los inconvenientes que presenta el reforzamiento arbitrario, la FAP intenta proporcionar reforzamiento natural a las mejorías que los clientes muestran durante la sesión. En el Capítulo 2 ofrecemos una serie de sugerencias sobre cómo hacerlo. Las siguientes comparaciones ayudarán a

ilustrar la distinción entre estos dos tipos de reforzamiento. Los reforzadores naturales y arbitrarios se diferencian en cuatro dimensiones básicas, y son las siguientes:

1. *¿Cuál es la amplitud de la clase de respuestas?* El reforzamiento arbitrario especifica una ejecución muy concreta, mientras que el reforzamiento natural es contingente con una clase de respuestas más amplia. Por ejemplo, un profesor que utiliza reforzamiento arbitrario para enseñar a leer a un niño disléxico tiende a tener una visión limitada y contraproducente. Como cualquiera que utilice reforzamiento arbitrario con propósitos educativos, este profesor debe decidir qué conductas reforzar y cuáles castigar. Por ejemplo, decide castigar al niño por leer un comic en vez de un libro de texto. Este profesor está mostrando uno de los inconvenientes del uso de reforzamiento arbitrario, es decir, está exigiendo una respuesta muy específica –leer un texto– y ha perdido de vista la clase de respuesta más amplia que es leer en general. El reforzamiento natural inherente a la lectura (la que proporciona información o entretenimiento) refuerza una amplia clase de respuestas que incluye leer comics, folletos, revistas, y demás. Así pues, un riesgo al utilizar reforzamiento arbitrario es que puede interferir inadvertidamente con el reforzamiento natural y el logro de la conducta objetivo.

2. *¿Existe en el repertorio del individuo la conducta requerida?* El reforzamiento natural empieza con una ejecución que ya existía previamente en el repertorio del individuo, mientras que el reforzamiento arbitrario no tiene cuenta este repertorio existente, o al menos en el mismo grado en que lo hace el reforzamiento natural. Por ejemplo, este es el caso de una madre que critica la primera prenda hecha por su hija porque están torcidas las costuras, y no tiene en cuenta su habilidad para coser. Es decir, la madre está utilizando la crítica como reforzamiento arbitrario, lo que supone el error de no reconocer que su hija lo está haciendo bien para el nivel de habilidad que tiene. Por el contrario, el reforzamiento natural hubiera consistido en que la madre apreciara la prenda en este primer intento, sin importar su aspecto.

3. *¿A quién beneficia principalmente el reforzamiento?* El reforzamiento arbitrario produce cambios de conducta que únicamente benefician a quien administra el refuerzo. No tienen porqué derivarse beneficios para la persona sujeta a reforzamiento arbitrario. De hecho, la gente suele salir perjudicada por el reforzamiento arbitrario. Los adultos que abusan sexualmente de los niños utilizan reforzamiento arbitrario (amenazas, elogios, abuso físico) para conseguir su sumisión. A veces alegan beneficios para el niño diciendo "el niño quería" o "le estaba dando lecciones de sexualidad y era por su propio bien". Este argumento es ridículo; ningún adulto que use sexualmente a un niño lo hace precisamente por los beneficios para el niño. De hecho, el abuso sexual puede causar una amplia variedad de problemas, y específicamente interfiere con el reforzamiento natural de la conducta sexual en las relaciones íntimas consentidas.

4. *¿Hasta qué punto es habitual y fiable el reforzador en el ambiente natural para la conducta que está teniendo lugar?* Dicho

de otra manera, "¿qué probabilidad tiene de ocurrir ese reforzador en el ambiente natural del individuo para esa conducta específica?". Los reforzadores naturales son parte del ambiente, de una forma más fija y estable que los arbitrarios. Este es el aspecto más fácil de evaluar sobre el reforzamiento, puesto que un observador no necesita conocer la historia de los individuos implicados en la transacción de reforzamiento para decir hasta qué punto es habitual el reforzamiento que se está utilizando. Por ejemplo, la mayoría de la gente estará de acuerdo en que dar a un hijo caramelos por ponerse el abrigo es arbitrario, mientras que pasar frío por no ponérselo es natural. Pagar a tu hija por practicar con el piano es arbitrario; mientras que tocar por la misma música creada en sí misma, es natural. Del mismo modo, sancionar a un cliente con 25 centavos por no mirar a los ojos es arbitrario, mientras que dejar vagar tu atención es natural.

En suma, el reforzamiento natural se diferencia del arbitrario en que fortalece una amplia clase de respuestas, tiene en cuenta el nivel de habilidad de la persona, beneficia fundamentalmente a la persona que recibe el reforzamiento en lugar de a quien lo administra, y es habitual y normal en el ambiente natural. Sin embargo, la mayoría de las consecuencias no se ajustan claramente a ninguna de las dos categorías, y probablemente comparten dimensiones de ambas.

Aunque ninguna investigación ha comparado directamente el reforzamiento natural y el arbitrario, los datos que apoyan nuestra postura proceden, paradójicamente, de la investigación de orientación cognitiva que intenta desacreditar el énfasis de los conductistas en el reforzamiento. La investigación se refiere a los efectos de la recompensa externa sobre la motivación intrínseca (éstos no son términos conductuales, pero son los que usan los investigadores no conductuales). Por ejemplo, Deci (1971), en un estudio típico de este tipo de investigación, pagó a un grupo de sujetos por dar soluciones correctas a un puzzle, y lo comparó con otro grupo a sujetos a los que no se pagaba por hacer el mismo puzzle. Cuando dejó solos a los sujetos durante ocho minutos en una situación de "tiempo libre", los sujetos pagados pasaban menos tiempo haciendo el puzzle que los sujetos a los que no se había pagado. Tras revisar la literatura sobre estas investigaciones, Levine y Fasnacht (1974) afirmaron que las "recompensas externas" son peligrosas porque no son suficientemente potentes para mantener la conducta (p.ej., reduce la resistencia a la extinción) e interfieren con la generalización, "minando" de este modo la conducta misma que pretendía fortalecer. Operacionalmente, "recompensas externas" y "motivación intrínseca" se corresponden con las nociones de Ferster sobre reforzamiento arbitrario y natural. Aunque originalmente intentaban demostrar las deficiencias en el enfoque conductual, los datos sobre motivación intrínseca se pueden ver, de forma alternativa, como un ejemplo donde el reforzamiento arbitrario tiene efectos negativos.

Especificación de la Conducta Clínicamente Relevante

Tras el reforzamiento, el análisis de conducta se caracteriza por su atención sobre la especificación de las conductas de interés. El término *conducta clínicamente relevante* (CCR) abarca tanto conductas problema

como conductas objetivo. A continuación abordaremos los dos componentes de la especificación de las conductas clínicamente relevantes *-observación y definición conductual-* y las implicaciones que tiene esta especificación para la terapia con pacientes externos adultos.

Observación

La observación es un precursor necesario para la definición conductual de las conductas clínicamente relevantes. Los conductistas asumimos que si las conductas pueden ser observadas, pueden ser especificadas y contabilizadas. Obviamente, los problemas de conducta del cliente no pueden ser observados a menos que tengan lugar en presencia del terapeuta. Para cumplir este requisito, los analistas de conducta han de (a) tratar clientes con movilidad restringida, tales como personas hospitalizadas o en prisión, o (b) tratar problemas severos, tales como ecolalia en niños autistas, que ocurren con una frecuencia elevada.

Aunque es conveniente tratar problemas severos y ambientes restringidos para observar directamente los problemas de conducta, cualquier problema que se pueda observar directamente se adecua bien a un análisis conductual. El ambiente psicoterapéutico de pacientes externos cumple este requisito si el problema del cliente en su vida diaria es de tal naturaleza que ocurre también durante la sesión. Un ejemplo importante, aunque trivial, sería aquél que busca tratamiento porque se encuentra muy cortado cuando habla con un doctor sobre sus problemas, y que realmente también se encuentra cortado cuando habla al terapeuta sobre su problema. De esta forma, basándose en el requisito de la observación, un enfoque analítico conductual para la terapia de pacientes externos se centra en aquellos problemas del mundo de fuera que también ocurren durante la sesión.

Definición conductual de las conductas clínicamente relevantes

Tradicionalmente, los analistas de conducta han utilizado descripciones conductuales de las conductas objetivo referidas sólo a lo observable. Este requisito tiene el propósito de obtener fiabilidad mediante el consenso inter-observadores. Los observadores, que han de estar de acuerdo sobre cuándo ha ocurrido una conducta, incluyen normalmente al terapeuta y, al menos, alguna otra persona más. Sin embargo, y por conveniencia, la otra persona o personas generalmente no tienen experiencia en observación, por ejemplo estudiantes. Los observadores sin experiencia pueden hacer este trabajo cuando las conductas de interés son sencillas, como resolver un problema matemático, un tic facial o morderse las uñas. Pero los propios observadores sin experiencia son un problema cuando las conductas son algo más complejas (por ejemplo, ansiedad o conflictos matrimoniales). Cuando los problemas de conducta son más complejos, es necesario un entrenamiento antes de que los observadores puedan hacer su trabajo. Sin embargo, la cantidad de entrenamiento que pueden recibir es limitada. Así pues, el uso de observadores relativamente noveles supone una limitación práctica, dada la complejidad de las conductas con las que han trabajado los analistas de conducta. Por ejemplo, quedarían excluidos los tratamientos que incluyeran conductas objetivo ausentes en los repertorios de los

observadores y que no se pudiesen remediar con más entrenamiento en observación. Ejemplos de tales conductas son las reacciones interpersonales más sutiles, tales como las relacionadas con la intimidad o el asumir riesgos interpersonales.

En la práctica, es casi imposible conseguir la objetividad deseada en los problemas aplicados, basándose en las descripciones conductuales típicas (Hawkins y Dobes, 1977). Sin embargo, se mejora bastante el acuerdo inter-observadores si la conducta observada se encuentra en el repertorio de éstos. Aunque algunas habilidades (por ejemplo, gimnásticas o de lanzamiento en baloncesto) pueden ser observadas y evaluadas fiablemente por alguien que no tenga estas habilidades; en general, es difícil conseguir eso mismo con conductas interpersonales más complejas si éstas no forman parte del repertorio del observador. En consecuencia, es más fácil para los terapeutas ver y definir conductas clínicamente relevantes si la conducta objetivo forma parte de su repertorio. Por ejemplo, sería difícil que el terapeuta discriminara la presencia o ausencia de conductas relacionadas con la intimidad, si éste nunca ha desarrollado relaciones íntimas.

Así pues, la observación directa y la definición conductual de los problemas y las conductas objetivo de los trastornos más sutiles que presentan los clientes adultos en psicoterapia, sólo pueden llevarse a cabo si: (a) la conducta relacionada con el problema aparece durante la sesión y puede ser directamente observada, y si (b) el terapeuta y los observadores han sido cuidadosamente seleccionados entre aquéllos que tengan en su propio repertorio las conductas objetivo del cliente.

Planificación de la generalización

La terapia no resulta efectiva si el cliente mejora en el ambiente psicoterapéutico, pero las mejorías no se transfieren a su vida diaria. De esta forma, la generalización ha sido una preocupación fundamental de los analistas de conducta aplicados. La mejor manera de planificar la generalización es hacer la terapia en el mismo ambiente en que se dan los problemas. Históricamente, los analistas de conducta lo han conseguido proporcionando reforzamiento inmediato en instituciones, aulas, hogares o cualquier otro lugar en que fuera posible llevar a cabo el tratamiento, en el ambiente mismo en que ocurría el problema.

Pero, ¿cómo se mide o se determina si dos ambientes son similares?. Un análisis formal intenta describir y comparar los ambientes en virtud de sus características físicas. La limitación de ese análisis aparece cuando se comparan dos ambientes que difieren en algunos aspectos pero se parecen en otros. Por ejemplo, si se tratan déficits atencionales en un aula de educación especial, ¿habrá generalización a un aula normal o al ambiente familiar?. Para evitar este problema, la comparación puede basarse en un análisis funcional. Más que por las características físicas, los ambientes se comparan en virtud de las conductas que evocan. Si evocan la misma conducta, entonces son parecidos funcionalmente.

Aunque tradicionalmente no se ha hecho análisis de conducta en el marco de la psicoterapia de adultos, podría llevarse a cabo si el ambiente terapéutico fuese funcionalmente similar al de la vida cotidiana del cliente. La similaridad funcional entre esos dos ambientes ocurre si las conductas

clínicamente relevantes aparecen en ambos contextos. Por ejemplo, en el caso de un hombre cuyo problema es la hostilidad en las relaciones íntimas, podría suceder que el ambiente de la terapia sea funcionalmente equivalente al de su vida diaria si se vuelve hostil con el terapeuta conforme se desarrolla la relación.

En este capítulo hemos expuesto las bases de la Psicoterapia Analítica Funcional mediante la descripción de sus supuestos teóricos y filosóficos. Como señalamos en el Prefacio, los Capítulos 2 y 3 están dedicados a la técnica terapéutica y a las formas de aumentar la conciencia del terapeuta. En los Capítulos 4 y 5, reconceptualizamos el papel y la importancia de los recuerdos, las emociones y las cogniciones en el cambio de conducta. En el Capítulo 6 formulamos una teoría del desarrollo del yo y abordamos sus implicaciones clínicas. En el Capítulo 7 comparamos y contrastamos la FAP con el psicoanálisis y con las terapias de conducta, y mostramos cómo la FAP aprovecha lo mejor de ambas aproximaciones. Finalmente, examinamos en el Capítulo 8 las cuestiones éticas, la supervisión, la investigación y la cultura.

CAPÍTULO II. Aplicación Clínica de la Psicoterapia Analítica Funcional

La aplicación clínica de la FAP se expondrá en términos de las conductas, tanto del cliente como del terapeuta, que ocurren todas ellas durante la sesión terapéutica. Las conductas del cliente son sus problemas, mejorías e interpretaciones. Las conductas del terapeuta son sus métodos terapéuticos, que incluyen evocar, identificar, reforzar e interpretar la conducta del cliente.

PROBLEMAS DEL CLIENTE Y CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES

Todo lo que un terapeuta puede hacer para ayudar a sus clientes ocurre durante la sesión. Para el conductista radical, las acciones del terapeuta afectan al cliente por medio de tres funciones estimulares: (1) discriminativa, (2) evocadora, y, (3) reforzante. Un *estímulo discriminativo* se refiere a las circunstancias externas bajo las que se reforzaron ciertas conductas, y por tanto son más probables que ocurran en el futuro. La mayor parte de nuestra conducta se encuentra bajo control discriminativo y se conoce habitualmente como *conducta voluntaria* (conducta operante). La *conducta evocada* (conducta respondiente) se produce de modo reflejo y normalmente se conoce como *involuntaria*. La *función reforzante* (tratada en el Capítulo 1) se refiere a las consecuencias que afectan a la conducta. Cada acción del terapeuta tiene uno o más de estos tres tipos de efectos. Por ejemplo, una acción del terapeuta podría ser preguntar "¿Qué sientes en este momento?". El efecto discriminativo especifica que "ahora es apropiado decir cómo te sientes". Sin embargo, la pregunta también podría resultar aversiva para el cliente y, por tanto, castigar su conducta inmediata anterior a la pregunta del terapeuta; esta sería su función reforzante. La función evocadora de la pregunta podría hacer sonrojar y sudar al cliente, o inducirle cualquier otro estado corporal privado. Las razones para que el cliente reaccione de este modo a la pregunta del terapeuta sobre sus sentimientos se encuentran en la historia del propio cliente.

Si asumimos que (1) el único modo en que el terapeuta puede ayudar al cliente es a través de las funciones reforzantes, discriminativas y evocadoras de lo que hace el propio terapeuta, y que (2) estas funciones estimulares producirán su mayor efecto sobre las conductas del cliente cuando aparezcan en la sesión, entonces la característica fundamental de un problema y que lo hace adecuado para la FAP, es que ese problema ocurra durante la sesión terapéutica. Además, también las mejorías

del cliente han de ocurrir durante la sesión, y han de ser reforzadas de forma natural por los reforzadores presentes en la sesión. De forma general, los reforzadores son las acciones y reacciones del terapeuta hacia el cliente.

Pueden ocurrir durante la sesión tres tipos de conductas del cliente que tienen particular relevancia y que denominamos *conductas clínicamente relevantes* (CCR).

CCR1: Los problemas del cliente que ocurren en la sesión

Las CCR1 están relacionadas con los problemas que presenta el cliente y deberían disminuir en frecuencia durante el curso de la terapia. Normalmente, las CCR1 están bajo control de estímulos aversivos y consisten en evitaciones. Algunos ejemplos reales de tales conductas serían los siguientes:

1. Una cliente cuyo problema es que no tiene amistades y "no sabe cómo hacer amigos" presenta estas conductas: evita el contacto ocular, contesta a las preguntas de un modo tangencial y huidizo, tiene una "crisis" tras otra, y pide que se le ayude, se enfada con el terapeuta por no tener todas las respuestas y se queja con frecuencia de que el mundo la trata injustamente y la deja como una "mierda".
2. Un hombre cuyo principal problema es que evita implicarse en relaciones sentimentales, planea siempre lo que va a decir durante la hora de sesión, mira el reloj para así acabar justo a tiempo, dice que sólo puede venir a terapia una vez cada dos semanas debido a su situación económica (gana unos 30.000$ al año), y anula la siguiente cita después de revelar asuntos personales importantes.
3. Un cliente que se describe como un "ermitaño", a quien le gustaría desarrollar una relación íntima, y que lleva tres años en terapia. Continúa exponiendo de vez en cuando que el terapeuta está con él sólo por dinero, y que en el fondo le desprecia.
4. Una mujer con un patrón de relaciones íntimas siempre con hombres inalcanzables, y que se enamora de su terapeuta.
5. Una mujer que tiene una historia continúa de abandonos, porque los otros "se hartan" de ella, introduce temas nuevos e importantes al final de la sesión, también amenaza frecuentemente con suicidarse, y aparece borracha a media noche en casa del terapeuta.
6. Un hombre que tiene ansiedad al hablar "se paraliza" y es incapaz de hablar con el terapeuta durante la sesión.

CCR2: Las mejorías del cliente que ocurren en la sesión

Durante las primeras fases del tratamiento estas conductas no suelen observarse, o bien tienen poca fuerza en esos momentos, cuando ocurren otras formas de problemas clínicos o CCR1. Por ejemplo, consideremos un cliente cuyo problema consiste en ser retraído y tener sentimientos de baja autoestima cuando "la gente no le presta atención" durante las conversaciones o en otras situaciones sociales. Este cliente puede mostrar conductas de retraimiento similares durante una sesión en la que el

terapeuta no atiende a lo que está diciendo y, además, lo interrumpe sin dejar que acabe las frases. Posiblemente, los repertorios CCR2 para esta situación incluirían conductas asertivas para que el terapeuta se centrase en lo que estaba diciendo el cliente, o señalar al terapeuta su pérdida de interés en lo que estaba diciendo antes de que le interrumpiese.

El siguiente caso ilustra el desarrollo de una CCR2 de una cliente. Joanne era una mujer brillante, emocional y sensible que acudió a terapia por problemas de ansiedad constante, insomnio y pesadillas recurrentes de violación. Aunque sospechaba que de pequeña había sufrido abuso sexual por parte de su padre, no tenía recuerdos concretos de tal abuso. Mejoró gradualmente en casi todos los aspectos de su vida durante los 6 años que estuvo en terapia con el segundo autor. Las siguientes son algunas de las CCR2 que se fortalecieron en distintos momentos del tratamiento.

1. *Recordar y responder emocionalmente*. Joanne sufrió durante su infancia 10 años de terror indescriptible, de dolor físico y emocional de manos de alguien que se suponía que la quería: su padre. El recuerdo y la reacción emocional a estos acontecimientos no habían sido reforzados. En cambio, se hicieron funcionales el olvido y el no reaccionar emocionalmente, y evitaba los estímulos que pudieran evocar sentimientos indeseables. Su evitación era intensa, lo que añadido a sus tempranas e invalidantes experiencias, hacía que a menudo se sintiera desprovista de un sentido del yo (ver Capítulo 6).

La manera fundamental en que Joanne evitaba reexperimentar esos sentimientos de dolor, terror, impotencia y rabia, era evitar las relaciones íntimas. No era una mujer abierta, confiada ni vulnerable. Por ello, se estableció como objetivo terapéutico reducir la evitación generalizada e incrementar las CCR2 de recuerdo y aflicción. Gradualmente, se animó a Joanne incrementar su contacto con los recuerdos vívidos de la tortura física y sexual a manos de su padre, un proceso que resultó terriblemente doloroso.

2. *Aprender a pedir lo que quería* (es decir, reconocer que sus necesidades eran importantes y merecían atención). Como la mayoría de los supervivientes de abuso sexual, Joanne fue reforzada por dar a su padre lo que quería pero severamente castigada por "querer algo" para ella. Experimentaba todo esto como no tener derecho a esperar nada de los demás, y como que "querer algo" era "malo". La animé a "querer cosas" y se fueron fortaleciendo progresivamente estas CCR2. Así, intenté reforzar cualquier petición que estuviera en mi mano, como las relativas a los temas de que hablásemos, la duración y frecuencia de las sesiones programadas, o darle seguridad verbalmente. Además, le dije a Joanne que sus necesidades eran importantes, y que si yo o cualquier otra persona no las satisfacía eso no significaba que fuera "malo" tenerlas. Hubo un incidente importante hacia el cuarto mes de terapia cuando me llamó a las 11´30 de la noche en pleno flashback. Gritaba aterrorizada. Al considerar que esa llamada era una CCR2, le pregunté a Joanne si quería tener una sesión en ese mismo momento, contestó que sí. Más tarde me contó lo difícil que le había sido aceptar esa sesión extra, pero estaba aterrorizada y

realmente necesitaba que estuviese con ella. De este modo, cuando respondí a esa llamada, fue reforzada su "necesidad". Como consecuencia, Joanne aprendió a pedirme sesiones extra y atención telefónica cuando lo necesitaba. Esta conducta de manifestar sus deseos y necesidades se generalizó a otras relaciones. Conforme se incrementaron estas CCR2, fueron cambiando también sus sentimientos de forma que "necesitar" ya era aceptable y sus necesidades eran importantes.

3. *Confiar.* Dado que las reacciones de su padre hacia ella fueron erráticas e impredecibles, Joanne fue reforzada por anticipar y estar hipervigilante ante ese tipo de conductas en otras personas importantes para ella. Me contó que le había llevado 6 meses comprobando cómo yo siempre era puntual a nuestras citas, antes de comenzar a creer que yo acudiría a la cita cuando le decía que iba a hacerlo. Afirmó: "Tenía todos esos miedos, que pensaras que estaba loca, que fueras a hacerme daño, que mis sentimientos te espantaran. Pero en vez de tranquilizarme sin más, tu respuesta fue investigar si era eso lo que yo experimentaba ante ti. Estaba sintiendo eso ante ti. Pero decía que no, y me dijiste que tenía que confirmar en mi experiencia". Así fue como Joanne empezó a estar cada vez menos vigilante por alguna acción errática por mi parte, lo que estrechó nuestra relación. Además, mantuve siempre mi palabra, fui coherente con mis puntos de vista, y no me comporté de un modo imprevisible.

4. *Aceptar el amor.* Después de 3 años en terapia conmigo (había estado en terapia durante 5 años antes de venir a verme), Joanne me habló de un problema cotidiano relativo a sus relaciones interpersonales. Dijo sentirse profundamente incapaz de amar o ser amada. Le pregunté entonces con más detenimiento para averiguar qué quería decir exactamente, en un intento por traducir sus palabras a términos conductuales. Joanne tuvo dificultades para describirlo. En un intento de ver si el problema se estaba dando allí mismo, le pregunté si podría aceptar mi amor en ese momento. Contestó que no, que se sentía encerrada. Aunque se trataba de un proceso privado y por tanto de dimensiones difíciles de determinar, pensé que se estaba dando una CCR1 en ese momento.

T: ¿Hasta qué punto te sientes encerrada?
P: Siento como si mi corazón estuviera cerrado.
T: ¿Totalmente cerrado?
P: Sólo un 5% abierto.
T: Me gustaría que intentaras abrirlo un 20% y aceptases mi amor.
P: Está abierto como un 25%
T: ¡Estupendo!, ¿puedes abrirlo un 40%?

Este proceso se mantuvo, y Joanne informó de que era capaz de "abrir su corazón" cada vez más y más. Éste es su relato de lo que experimentó durante la sesión: "Requería valentía abrirse y acercarse al amor. Fue un cambio de perspectiva en mi mente y en mi cuerpo. Aunque era consciente del miedo, el terror y el dolor por las experiencias con mi padre, me centré en lo que sentía hacia ti en ese momento como algo opuesto a mis miedos. Admití la verdad de ambas realidades, que mi padre había abusado de mí, pero que tú eras una persona con la que me podía sentir querida

y a salvo. Me encontré diciéndome a mí misma ´quiero estar abierta y aceptar el amor'. Cuando me encierro siento una opresión en el pecho y mucha tensión en los músculos, como si se me helaran. La sensación física cuando me abro es que los músculos se suavizan, respiro más profundamente, siento la respiración en el cuerpo. La sensación es como el objetivo de una cámara de fotos que se va abriendo poco a poco en mi corazón".

No queda claro qué procesos conductuales estaban involucrados en la "aceptación del amor", pero la descripción de Joanne sobre lo que había experimentado sugiere varias posibilidades. Nuestra interpretación es que su incapacidad para aceptar el amor era una conducta muy específica y profundamente privada, que la distanciaba y reducía lo aversivo de todo lo relacionado con su padre. Teniendo en cuenta algunos elementos de su descripción, es probable que algunas de estas respuestas hayan sido evocadas concretamente por el abuso sexual. A pesar de este carácter aversivo, permaneció en contacto con sus sentimientos y su evitación se extinguió, cambiaron sus respuestas físicas y apareció un sentimiento de "aceptación del amor".

Esa sesión significó un giro importante para Joanne porque aprendió que podía tener control sobre si aceptaba el amor o no. Esto le ayudó a desarrollar relaciones sentimentales más íntimas.

CCR3: Las interpretaciones del cliente acerca de su conducta

Las CCR3 se refieren a lo que el cliente dice sobre su propia conducta y sobre lo que parece causarla. Esto incluye las "interpretaciones" y el "dar razones". La mejor CCR3 implica la observación y descripción de la propia conducta, así como los estímulos reforzadores, discriminativos y evocadores asociados. La descripción de relaciones funcionales puede ayudar a la obtención de reforzamiento en la vida diaria. Esto se verá con más detalle en el apartado dedicado a la Regla 5.

Los repertorios de CCR3 incluyen también las descripciones de las equivalencias funcionales, que indican las similaridades entre lo que ocurre en la sesión y lo que ocurre en la vida diaria. Por ejemplo, Esther, una mujer de algo más de 40 años, no había mantenido relaciones sexuales con nadie en los últimos 15 años. Después de 6 años en FAP con el segundo autor, Esther se hizo amante de un hombre que conoció en la iglesia. Su CCR3 fue: "La razón por la que ahora mantengo esa relación íntima es que tú estuviste ahí conmigo. Es un cambio tan extraordinario... Si no hubiera sido por ti no la tendría. Aquí contigo ha sido la primera vez que me he encontrado en un lugar seguro para hablar de mis sentimientos y para encontrar razones por las que es deseable tener una mejor sexualidad. Hubo un período en el que me sentía más atraída por ti y tú aceptaste mis sentimientos. Aprendí que es mejor ser completa y sentir mi sexualidad que permanecer acorazada y vacía. Y eso lo practiqué aprendiendo a ser sincera contigo". Este tipo de afirmaciones pueden favorecer la generalización de las mejorías del cliente durante la sesión a la vida diaria. En este caso, la conducta que se tenía que transferir ayudó a incrementar el reforzamiento que se obtiene en una buena relación.

A veces los terapeutas confunden los repertorios CCR3 con las conductas a que

se refieren. Que una cliente diga retraerse cada vez que empieza a sentirse dependiente de una relación (CCR3), es muy distinto del retraimiento real que aparece durante la sesión cuando empieza a depender del terapeuta (CCR1). Desafortunadamente, algunos terapeutas se centran en los repertorios verbales que describen un problema de conducta y, como consecuencia, dejan de observar las conductas problemáticas (CCR1) y las mejorías (CCR2) tal cual ocurren durante la sesión.

Evaluación

En principio, los métodos de evaluación de la FAP no se diferencian de los usados habitualmente por otros terapeutas en la práctica clínica. Se le pregunta al cliente por sus problemas y demás circunstancias de su vida. Se utilizan las entrevistas, los autoinformes, material grabado o escrito, cuestionarios y demás instrumentos para definir el problema, generar hipótesis sobre las variables de control y comprobar el progreso clínico.

Una vez que el terapeuta tiene una idea del problema y sus variables de control, se inicia una evaluación para comprobar si tales problemas aparecen también durante la sesión. El terapeuta formula hipótesis sobre si está ocurriendo una CCR1 en un momento concreto, o presenta una situación pensada para evocar esa CCR1. Estos procedimientos de evocación y generación de hipótesis se trataran en capítulos posteriores.

La evaluación en FAP gira en torno a una cuestión clave sobre la que el terapeuta pregunta continuamente al cliente a lo largo del tratamiento: "¿Está ocurriendo eso ahora?". Ese "eso" se refiere a las CCR1. Variaciones de lo anterior pueden ser: "¿Cómo te estás sintiendo ahora mismo?", "¿Estás retraído en este momento?", "¿Lo que acaba de ocurrir es similar al problema que te trajo a terapia?", "¿La dificultad que sientes ahora para expresar tus sentimientos es lo mismo que experimentas con tu madre?", "¿Lo que estás sintiendo ahora... se parece a la ansiedad para hablar que te trajo a la terapia?".

La FAP no dispone de un único procedimiento para evaluar la validez de las respuestas de los clientes a las preguntas de la evaluación. Por un lado, el autoinforme del cliente se basa en un acontecimiento que acaba de ocurrir, quizás sólo dos segundos antes. De este modo, es más probable que ese autoinforme esté menos sujeto a las distorsiones producidas por la distancia espacial y temporal que el basado en el informe de acontecimientos pasados. Por otra parte, es probable que la CCR1 vaya acompañada de respuestas emocionales que interfieran con la autoobservación, y también puede estar sesgada por la demanda implícita en la pregunta del terapeuta. Sin embargo, la ventaja de evaluar la conducta en curso es que el terapeuta puede observar directamente la conducta que está describiendo el cliente. Esto permite que, simultáneamente, se pueda evaluar la fiabilidad interobservadores, se contabilicen y registren las respuestas, y también una oportunidad para evaluar la correlación entre los informes verbales y la conducta a que se refieren.

TÉCNICA TERAPÉUTICA - LAS CINCO REGLAS

Puesto que la psicoterapia es un proceso interactivo complejo que implica conductas

multideterminadas, nuestras sugerencias en cuanto a técnicas terapéuticas no intentan ser completas, ni excluir el uso de otros procedimientos que no se incluyen aquí. Al contrario, pueden complementarse y ayudarse de otras técnicas terapéuticas que ayuden al terapeuta a sacar partido de las oportunidades terapéuticas que de otro modo podrían pasarle inadvertidas. Por ejemplo, los métodos de la terapia cognitiva pueden utilizarse junto con FAP. Y a su vez la FAP puede mejorar la terapia cognitiva al ofrecer oportunidades terapéuticas adicionales para trabajar los pensamientos irracionales o las creencias erróneas (ver Capítulo 5).

Expondremos nuestras técnicas en forma de reglas. Fuera de la rigidez y el tono amenazante que tiene este término en el lenguaje común, las reglas que proponemos se basan en la concepción de Skinner sobre la conducta verbal (1957, p.339), elaborada después por Zettle y Hayes (1982). En este contexto, las reglas de la FAP son sugerencias para la conducta del terapeuta que tienen efectos reforzantes para el mismo terapeuta. Se trata más de un "pruébalo, te gustará" en vez de un "podrías hacerlo mejor".

Además, las reglas no proporcionan al terapeuta guías específicas para abarcar cada situación o momento durante la hora de terapia. Se espera que los terapeutas actúen conforme a su experiencia y sus teorías. Al principio de la terapia se emplea casi todo el tiempo en recopilar la historia clínica y obtener descripciones de los problemas actuales. Después pueden seguir indagaciones con los clientes sobre cómo podrían mejorar su situación. En cualquier momento durante este proceso, la aplicación de las reglas de la FAP puede cambiar el centro de atención del tratamiento hacia las CCR. Esta focalización podría ser momentánea o podría dominar la terapia. Por tanto, no se pretende rechazar otros procedimientos, sino mostrar que en cualquier momento la técnica a través de reglas de la FAP podría facilitar el reconocimiento y aprovechamiento de una oportunidad terapéutica.

Regla 1: Busque las CCR

Esta regla constituye el núcleo de la FAP. Nuestra principal hipótesis es que el seguimiento de esta regla mejora los resultados terapéuticos. Así, cuanto más competente sea el terapeuta en la observación de CCR, mejor será el resultado. También se hipotetiza que seguir al Regla 1 llevará al incremento de la intensidad de la relación; es decir, llevará a reacciones emocionales más fuertes tanto del terapeuta como del cliente durante la sesión.

Durante la sesión de terapia, la principal consecuencia de la conducta del cliente es la reacción del terapeuta. Si el terapeuta no observa claramente la conducta del cliente, sus reacciones pueden ser inconsistentes o antiterapéuticas, por lo que el progreso de la terapia se verá comprometido. En otras palabras, si el terapeuta no está pendiente de las conductas clínicamente relevantes que aparecen en la sesión, reforzar las mejorías en el momento en que ocurren sería una propuesta sin sentido. Aunque el terapeuta las observe y se dé cuenta, ello no garantiza que se refuercen las mejorías y se extingan o castiguen las conductas menos favorables, pero sí aumenta la probabilidad de que éste reaccione terapéuticamente de una forma apropiada.

Los problemas derivados de una actuación contraterapéutica, causada por una pérdida de atención, pueden resultar familiares a aquellos que han trabajado con niños con graves trastornos. El primer autor recuerda cuando enseñó pacientemente a un niño interno a ponerse los calcetines. Nunca había hecho esto antes, y llevó una hora al día durante varias semanas para que esa conducta se instaurara. Una mañana llegaron los padres del niño para llevárselo a casa durante el fin de semana y lo vieron levantarse de la cama y ponerse los calcetines. Yo estaba orgulloso de los avances del niño. Pero tan pronto como el niño acababa de ponerse los dos calcetines, los padres le regañaron por ponerse uno de cada color y, bruscamente, le quitaron uno y se lo cambiaron por otro con el color correcto. El niño cogió una rabieta. Obviamente, los padres no consideraron el ponerse los calcetines como una CCR2, un elemento del repertorio cuya ausencia o poca fuerza estaba directamente relacionado con el problema. Si los padres hubieran estado presentes durante las tediosas semanas de entrenamiento, probablemente se hubieran dado cuenta del cambio, y seguramente habrían reforzado a su hijo de un modo natural por ponerse los calcetines. Desafortunadamente, algunos terapeutas no suelen darse cuenta de las CCR que ocurren durante la sesión, y tienden a reaccionar de un modo antiterapéutico, como los padres del niño autista.

Como señalábamos anteriormente, es más probable que el terapeuta refuerce adecuadamente las CCR que aparecen, si las observa. Consideremos el caso de Betty, que estuvo en tratamiento con el primer autor por ansiedad para hablar, pánico y falta de asertividad con figuras masculinas de autoridad, como los supervisores y ejecutivos de su trabajo. Durante la sesión quiso que llamara a su médico y yo le pidiera una nueva receta de tranquilizantes, porque a ella le asustaba hacerlo por sí misma. Yo experimenté algunas reacciones negativas muy fuertes. Primero, no me gustó la idea porque prefiero los métodos conductuales en vez de la medicación. Segundo, porque pensé que conseguir las recetas era responsabilidad de Betty, no mía. Tercero, consideré que ésta era una buena oportunidad para que Betty practicase la asertividad con su médico. Y cuarto, no era una tarea agradable para mí el llamar a su médico, y lo veía como un gasto de mi tiempo. Pero, por otro lado, siguiendo la Regla 1 me di cuenta de que su petición era una CCR2, una clara respuesta asertiva intrasesión ante una autoridad masculina, que hasta entonces no había aparecido en el repertorio de Betty. Al advertir esto, accedí a llamar a su médico y felicité a Betty por su fortaleza para hacer esta petición directa.

No debe sobrevalorarse la importancia de la Regla 1. Teóricamente, todo lo que se necesita para un tratamiento exitoso es seguir la Regla 1. Es decir, un terapeuta que sea habilidoso para observar conductas clínicamente relevantes cuando ocurren, es también muy probable que reaccione ante el cliente de una forma natural (reforzando, castigando o extinguiendo) esa conducta, favoreciendo el desarrollo de una conducta útil para la vida diaria.

Los repertorios de observación descritos en la Regla 1 están muy desarrollados en los terapeutas de orientación psicodinámica y ecléctica que se consideran especialmente competentes. Esto era de esperar puesto que las ocurrencias de CCR etiquetadas

como *transferencia* funcionan como importantes estímulos discriminativos en los tratamientos de orientación psicodinámica. Además, es fácil esperar que los terapeutas más experimentados, independientemente de su orientación teórica, muestren los tipos de conducta indicados en la Regla 1, porque estar atentos a las CCR (aunque sólo sea por prestar atención a la transferencia) facilita las mejorías clínicas, lo que automáticamente refuerza la conducta de Regla 1 del terapeuta. Este reforzamiento tendría lugar aunque el terapeuta no se percate de ello.

Creemos que los efectos de la Regla 1 se reflejan en los resultados de un reciente estudio sobre los resultados de las interpretaciones psicoanalíticas (Marziali, 1984). En este estudio, las interpretaciones hechas por el terapeuta se clasificaron en las siguientes: las relativas a la conducta en curso del cliente durante la sesión (Interpretaciones T), las relativas a la conducta del cliente en su vida diaria (Interpretaciones VD), y las referidas a la conducta pasada del cliente (Interpretaciones P). Las mejorías del cliente estaban correlacionadas con el número de interpretaciones tipo T. Desde el punto de vista de la FAP, una interpretación tipo T significa que el terapeuta estaba observando las CCR (esto es, haciendo la misma conducta implicada en la Regla 1). Cuanto más a menudo se observaban las CCR, mayores eran las mejorías de los clientes. A nuestro entender, las mejorías provenían de las contingencias dadas por el terapeuta, que ocurrían de forma natural cuando éste las observaba. La interpretación en sí misma podría también haber contribuido a la mejoría, pero desde el punto de vista de la FAP esto sería menos importante que el reforzamiento natural que proporciona la reacción del terapeuta a los progresos del cliente en la sesión.

Regla 2: Evoque CCR

Desde nuestro punto de vista, la relación terapeuta-cliente ideal evoca CCR1 y facilita el desarrollo de CCR2. El grado en que se consigue este ideal depende, naturalmente, de los problemas en la vida diaria del cliente. Es posible que un estilo terapéutico frío y distante sea apropiado para algunos clientes. Cierto grado de pasividad puede dar al cliente una oportunidad para desarrollar independencia (ver el Capítulo 6 sobre el tratamiento de los trastornos del yo). Sin embargo, generalmente la mayoría de los clientes necesitan aprender a mantener relaciones íntimas, lo que significa que la relación terapéutica podría evocar las conductas que impiden el desarrollo de intimidad (CCR1). Si las habilidades de relación del cliente se adaptan bien a un terapeuta pasivo y distante, no se aprenderá nada útil sobre el desarrollo de intimidad. En el lado opuesto, un terapeuta activo y cálido podría evocar los problemas del cliente y sentar las bases para una mejoría. Un cliente que quiere tener relaciones íntimas pero le asusta el calor humano, puede beneficiarse claramente de un terapeuta afectuoso.

Las descripciones de los clientes sobre lo que quieren conseguir de la relación terapéutica, señala la importancia de una relación evocadora. Como afirmó un cliente: "La terapia va sobre la construcción de una relación afectiva. Si puedes vencer tus bloqueos con una persona, puedes también conseguirlo con otras". Otro cliente hizo referencia a sentimientos parecidos: "Si las malas relaciones me dañaron, puede dedu-

cirse que necesito buenas relaciones para curarme. Y ésta es una buena relación".

Peck (1978) dio su punto de vista sobre lo que hace a la terapia efectiva y exitosa:

> Es la lucha y el compromiso humano. Es el deseo del terapeuta de ofrecerse al cliente y ver su crecimiento. El deseo de arriesgarse, de implicarse de verdad, a nivel emocional, en la relación; de luchar de verdad con el cliente y consigo mismo. En resumen, el ingrediente esencial de una psicoterapia exitosa, profunda y significativa es el amor. (p. 173)

Greben (1981), al que citamos al principio del libro, tenía un punto de vista similar al de Peck:

> La psicoterapia no es un conjunto de reglas elaboradas sobre lo que uno no debe hacer; reglas que establecen cuándo hablar o no hablar, cómo organizarse las vacaciones, qué hacer en las horas muertas, y así sucesivamente. Es algo mucho más simple que todo eso. Es el encuentro y el trabajo conjunto de dos personas; es un trabajo duro y honesto. Podría decirse que es una empresa de amor. (p. 455)

Nuestra interpretación, a partir de las opiniones de Peck y Greben, es que el cliente aprende por el hecho de estar inmerso en una relación auténtica. El terapeuta que ama, lucha y se implica completamente con un cliente, proporciona un ambiente terapéutico que evoca las CCR1 correspondientes.

Además del enfoque general que adopte el terapeuta, hay otras formas de estructurar el ambiente para que evoque CCR. Aunque no se han creado para ello, determinadas técnicas terapéuticas pueden ser efectivas porque evocan CCR. Ejemplos de ello son (1) la *asociación libre*, que puede entenderse como la presentación de una tarea no estructurada que requiere introspección y podría evocar CCR (ver capítulo 6); (2) la *hipnosis*, que puede evocar CCR relacionadas con la pérdida de control; (3) las *tareas para casa*, que pueden provocar CCR relacionadas con la obediencia excesiva o el contra-control; (4) los *ejercicios de imaginación*, que pueden evocar CCR relativas a ser emocional, creativo o constreñido. La reestructuración cognitiva, hablando a una silla vacía, contando sueños o gritando, genera sin duda CCR1 apropiadas para algunos clientes. El problema con estas técnicas estriba en que el terapeuta que las usa podría obstinarse en buscar alter egos, hombres sabios interiores, material inconsciente o distorsiones cognitivas, de forma que no vería las CCR evocadas o las consideraría incidentales.

Otras posibilidades incluyen: (1) pedir al cónyuge que asista a las sesiones si los repertorios relevantes en los problemas del cliente sólo aparecen cuando el cónyuge está presente (consejo de pareja), (2) empezar la sesión con un bulímico almorzando con él si las CCR sólo aparecen después de comer, o (3) evitar durante un tiempo los comentarios de aceptación y aprobación del cliente si sus CCR consisten en dificultad para relacionarse con gente poco explícita sobre su aceptación y aprobación.

El último ejemplo plantea la cuestión de los problemas que pueden aparecer cuando el terapeuta cambia deliberadamente algún aspecto de su conducta para aumentar las

posibilidades de que aparezcan CCR. El terapeuta puede ir demasiado lejos para crear condiciones evocadoras de CCR y poner en peligro su credibilidad, dada la naturaleza de ese reforzamiento arbitrario. Por ejemplo, un terapeuta puede fingir enojo para evocar CCR en un cliente cuyas dificultades aparecen cuando los demás se enfadan. Pero, si bien la ira fingida puede suponer una interacción terapéutica importante, el cliente podría reconocer que la ira no era real y la fingió para beneficiarle. En consecuencia el terapeuta irritado podría ser visto, justificadamente, como falso y por tanto no serviría para evocar CCR. Es más, el cliente podría llegar a desconfiar de las expresiones y frases afectivas del terapeuta. No hace falta decir que tales resultados podrían en serio peligro el progreso terapéutico.

Es preciso diferenciar esta situación de aquélla en la que el problema del cliente consiste en una desconfianza tal que interfiere con las relaciones importantes. Esta desconfianza tendría una larga historia, no originada a partir de las relaciones con el terapeuta -como en el ejemplo citado- y cuya aparición en las sesiones sería congruente con dicha historia. En ese caso, dudar de la sinceridad de las reacciones del terapeuta sería una CCR objeto de tratamiento. Sería particularmente desafortunado que un terapeuta fortaleciera la desconfianza en este tipo de clientes al intentar establecer condiciones que provoquen CCR. Una precaución para ayudar a prevenir la desconfianza sería advertir de antemano al cliente por qué el terapeuta va a cambiar de conducta antes de llevarla a cabo.

Regla 3: Refuerce las CCR2

La Regla 3 es difícil de poner en práctica. Los únicos reforzadores naturales disponibles en la psicoterapia de adultos son las acciones y reacciones interpersonales entre el terapeuta y el cliente. Por un lado, el reforzamiento más inmediato en tiempo y lugar a la conducta objetivo del cliente, es el principal agente de cambio que se dispone en la situación terapéutica. Y por otro, los conductistas que son conscientes de la importancia del reforzamiento tienden a usar procedimientos arbitrarios, y por tanto ponen en peligro su efectividad. Como ya señaló Ferster (1972a), "los reforzadores naturales son desconcertantes porque, a veces, parecen reforzar mucho la conducta, y otras, parece que desvanecen sus efectos cuando se intenta usarlos deliberadamente" (p. 105).

Hay aproximaciones directas e indirectas a la hora de proporcionar reforzamiento natural. El modo directo consiste en lo que un terapeuta puede hacer en el momento en que se necesita el refuerzo; sin embargo, ello conlleva un alto riesgo de producir un reforzamiento arbitrario. El estilo indirecto aumenta las posibilidades del reforzamiento natural al manipular variables distintas de las que uno manipula de modo inmediato tras la conducta, y conlleva menos riesgo de ser arbitrario.

Enfoques directos

Está claro que el terapeuta que planea decir "muy bien" o muestra reacciones exageradas cada vez que necesita un reforzador corre el riesgo de ser arbitrario. Probablemente sea ésta la razón por la que

Wachtel (1977) dijo que los terapeutas de conducta eran demasiados dados al uso del elogio, restando franqueza a la relación. Los intentos deliberados de premiar a un cliente adulto, guiados por una regla como "cuando un cliente muestre una mejoría, haz un gesto significativo o hazle un cumplido", pueden llevar fácilmente al reforzamiento arbitrario. Por tanto, y a modo de orientación general, es aconsejable evitar los procedimientos que intenten especificar de antemano la forma en que debe reaccionar el terapeuta. Parece que la especificación de la forma de la respuesta del terapeuta ocurre cada vez que éste intenta preparar rápidamente una reacción reforzante sin tener en cuenta la historia específica de la relación terapeuta-cliente. Por ejemplo, si usted trata de pensar qué le podría decir a un cliente para que resultase reforzante, le vienen a la mente expresiones como "bien" o "eso es fantástico". Estas formas específicas de responder podrían resultar fácilmente arbitrarias, porque se prepararon sin tener en cuenta el contexto de la relación terapeuta-cliente en el momento de proporcionar ese reforzador.

1. *Refuerce una amplia clase de respuestas del cliente.* Es mucho más reforzante que los clientes tengan una amplia clase de respuestas en su repertorio, puesto que se tienden a generalizar a muchas otras situaciones. Considere el caso de un cliente obsesivo-compulsivo a quien el terapeuta anima a relajarse en el trato con sus familiares y amigos. Este cliente empieza, progresivamente, a llegar tarde a las sesiones, intenta pasarse de la hora y se retrasa en el pago de sus facturas. Una reacción estricta nos diría que habría que llamarle la atención, pero si consideramos su nueva conducta menos responsable como un progreso (CCR2), podríamos reforzar una clase amplia de respuestas en él.

2. *Adapte sus expectativas a los repertorios de conducta del cliente.* Esto significa estar atento al nivel de habilidad actual de su cliente para observar cualquier cambio que éste pretenda realizar (p. e., comunicarse mejor, hablar de sus sentimientos, controlar los impulsos), y no crearse unas expectativas demasiado elevadas. El concepto de moldeamiento puede ayudar a estar atento a los repertorios actuales. Por ejemplo, el segundo autor estuvo viendo a una cliente llamada Agnes, diagnosticada como "límite" según el DSM-IV-R, que era malhumorada, explosiva y verbalmente agresiva. A menudo daba bruscamente por concluida la sesión, sin previo aviso y sin provocación aparente. Éstos eran los mismos problemas que Agnes tenía en su vida diaria, y eran también responsables de haber tenido sólo cortos períodos de terapia con numerosos terapeutas porque la encontraban insoportable.

Después de un año de terapia en el que mostré una extraordinaria dosis de paciencia y tolerancia hacia su conducta, Agnes volvió a concluir bruscamente, amenazó con suicidarse y afirmó que lo hacía porque yo atendía poco a sus necesidades, tal como indicaba el poco tiempo que estaba dispuesta a dedicarle. Aunque yo podría haber entendido esto como la última gota que colma el vaso, el concepto de moldeamiento me ayudó a verlo como una CCR2 potencial que debía ser reforzada. Por primera vez, Agnes estaba describiendo variables externas como las causas de su malhumor, antes de salir del despacho hecha una fiera.

Reforcé esta mejoría hablando con ella sobre el modo en que podría ayudarla en sus necesidades, y negociamos la duración y la frecuencia de las sesiones. Mediante el moldeamiento, la ira y los excesos de Agnes fueron disminuyendo con el tiempo, y se fueron reemplazando por descripciones y peticiones directas.

3. *Amplifique sus sentimientos a fin de aumentar su relevancia.* A veces resulta útil añadir otras conductas verbales a la reacción básica que se tiene ante el cliente con el objetivo de asegurar o aumentar la eficacia terapéutica. Aunque en este proceso no se altera la naturaleza básica del reforzador, la amplificación puede ser eficaz a nivel terapéutico. Este proceso se manifiesta cuando el terapeuta es especialmente cuidadoso al explicar y describir al cliente las reacciones que tiene ante él, tanto las directamente observables como las privadas u otras más sutiles, difíciles de apreciar a primera vista.

A modo de ilustración, consideremos el caso de un cliente con pocos amigos y dificultades para la intimidad, que se comporta de modo tal que produce determinadas reacciones espontáneas y privadas en el terapeuta. Estas respuestas pueden consistir en (1) predisposiciones a actuar de modo íntimo y afectuoso, y en (2) respondientes privadas de "sentirse cercano". Puesto que probablemente estas reacciones no son discriminadas por el cliente o, en el mejor de los casos, tienen escasos efectos reforzantes, el terapeuta podría describir su reacción privada y decir, "ahora me siento especialmente cerca de ti". Sin amplificación, esas reacciones privadas tan importantes y básicas tendrían escasos o nulos efectos reforzantes sobre la conducta del cliente que las causó.

4. *No olvide que la razón de ser de la relación es el beneficio del cliente.* Independientemente del tipo de intervención que se practique, es importante recordar en todo momento la siguiente cuestión: "¿qué es lo mejor para el cliente en este momento y a largo plazo?". Para ilustrar más ampliamente este principio, vamos a examinar la relación entre el concepto de reforzamiento natural y el tipo de terapia defendido por Carl Rogers. Aunque Rogers defendió un planteamiento muy distinto al de la FAP, las características de un terapeuta reforzando con naturalidad de alguna forma son reminiscencias de la autenticidad y afectuosidad de Rogers. Conocido por su oposición al "uso del reforzamiento" para controlar a otras personas, ciertamente Rogers no "intentó" utilizarlo. Pero un cuidadoso análisis de sus reacciones ante los clientes muestra que esas contingencias existen (Truax, 1966), puesto que Rogers reaccionaba de modo diferencial a ciertas clases de respuesta. Así pues, el afecto y la autenticidad proporcionan una guía para el reforzamiento.

Desde nuestro punto de vista, el afecto de Rogers probablemente manifestaba en sí mismo tanto interés, atención, preocupación e implicación que finalmente, y de forma natural, terminada por castigar las CCR1 y reforzar las CCR2 y las CCR3. Así pues, nuestra sugerencia es que lo que Rogers denomina autenticidad y afecto es un método indirecto para conseguir la ocurrencia de contingencias de reforzamiento naturales. De acuerdo con la presente formulación, un terapeuta cuidadoso es aquél

que refuerza con naturalidad y se rige por lo que es mejor para su cliente.

Dado que en terapia se da una relación de poder desigual, es especialmente importante tener siempre en mente esta recomendación. De otro modo, los clientes pueden ser fácilmente explotados o perjudicados. Una mención aparte merecen las relaciones sexuales de los clientes con sus terapeutas. Peck (1978) escribió una excelente discusión sobre por qué es difícil concebir que de las relaciones sexuales con el terapeuta se deriven beneficios para el cliente:

> Si alguna vez hubiese tenido un caso en el que tras cuidadosas y sensatas consideraciones hubiera concluido que podría fomentar sustancialmente el crecimiento espiritual de mi paciente manteniendo relaciones sexuales con él, lo habría hecho. Sin embargo, en 15 años de práctica nunca se me ha dado un caso así, y me cuesta verdadero trabajo imaginar que pudiera darse. Ante todo porque el papel de un buen terapeuta es fundamentalmente el de un buen padre, y los buenos padres no tienen relaciones sexuales con sus hijos por diversas y obvias razones. La tarea de un padre es ser de utilidad para el niño, no usarlo para su satisfacción personal. La tarea de un terapeuta es ser de utilidad para un paciente, no utilizarlo para satisfacer sus propias necesidades. La tarea de un padre es apoyar al niño en su camino hacia la independencia, y la tarea de un terapeuta con su paciente es la misma. Es difícil imaginar que un terapeuta que mantiene relaciones sexuales con un cliente no lo esté usando para satisfacer sus necesidades, o que pudiera fomentar su independencia de este modo. (p. 176)

5. *Si se usan reforzadores arbitrarios, debe ser sólo transitoriamente*. El terapeuta puede usar reforzadores arbitrarios durante una fase transitoria del tratamiento, hasta que puedan darse los reforzadores naturales. No obstante, debe hacerse con gran cautela. Más aún, podría ser de utilidad explicar al cliente por qué se hace de este modo, y que en fases posteriores será reemplazado por reforzamiento más natural. Ferster (1972b) afirmó que algunos de los éxitos de los reforzadores arbitrarios, como la comida o los elogios, se deben "al modo en que hacen que la conducta [del cliente] sea más visible tanto para el terapeuta como para el propio cliente". Una vez que esa observación ya ha ocurrido, las reacciones naturales reforzantes por parte del terapeuta ayudarían a promover repertorios relevantes del cliente que acompañan a esos reforzadores arbitrarios.

Por ejemplo, consideremos el caso de un cliente con alto absentismo tanto laboral como en la propia terapia. Obviamente, sin contacto es difícil desarrollar una alianza terapéutica. Se pueden ofrecer, a modo de recompensa, algunos regalos sorpresa como bolígrafos, blocs de notas, mecheros o pequeños juguetes para inducir una regularidad en las citas. Conforme se desarrollan nuevos repertorios que hacen a la terapia reforzante en sí misma, se pueden ir retirando estas recompensas.

6. *Evite el uso del castigo*. En coherencia con el rechazo del conductismo radical al uso del control aversivo, el énfasis se ha puesto siempre en el reforzamiento positivo. Los estímulos aversivos deberían utilizarse sólo cuando los intentos con reforzamiento positivo hayan fracasado. Esta

oposición al uso terapéutico de estímulos aversivos se basa en sus problemáticos efectos secundarios: (1) puede provocar la evitación de la terapia, (2) puede producir agresividad generalizada, y (3) sustituye la conducta productiva por evitación y escape. Ferster ya señaló que la mayor parte del control aversivo que se da entre la gente es arbitrario por naturaleza. Así pues, tiene sentido evitar siempre que sea posible el uso de control aversivo en el tratamiento de adultos.

Sin embargo, hay veces que las CCR1 consisten en conductas de escape o evitación que impiden la aparición y desarrollo de CCR2, o sea, de repertorios más efectivos. En estos casos, el terapeuta debería intentar bloquear la evitación volviendo a presentar el estímulo aversivo que provocó originalmente el escape o la evitación. Consideremos, por ejemplo, esta simple pregunta formulada por el terapeuta, "¿qué tal la práctica de la relajación esta semana?", después de que el cliente conviniera en practicarla a diario. Para algunos clientes, esta pregunta sería un estímulo aversivo evocador de evitación o escape cambiando de tema, mintiendo o dando una respuesta ambigua.

Estas reacciones (p. ej., no dar una respuesta directa) podrían estar relacionadas con un amplio rango de problemas relativos a la ineficacia en las relaciones interpersonales. Si el terapeuta permite que se cambie de tema, se estaría reforzando la CCR1 de evitación, obstaculizando el desarrollo de repertorios útiles y significativos para el cliente, no se desarrollaría el "ser directo en general". Así pues, la técnica principal para debilitar las CCR1 de evitación consiste en volver a presentar el estímulo aversivo. En el ejemplo anterior, ello significaría repetir la pregunta, "¿qué tal la práctica de la relajación esta semana?".

Nuestra impresión es que la CCR1 de evitación aparece con mucha frecuencia, posiblemente en cada sesión. El terapeuta siempre debe preguntarse, "¿qué evita esa respuesta?". Es difícil detectar la evitación porque la situación aversiva puede ser muy idiosincrásica y, por tanto, poco evidente para el terapeuta. En el ejemplo anterior, el cliente podría empezar la sesión con una crisis antes de que el terapeuta tuviese tiempo de preguntar por la relajación. Esta crisis podría ser, o no, una evitación del tema de la tarea de relajación en casa. A menos que el terapeuta haya formulado hipótesis sobre CCR1 relacionadas con las tareas para casa, la crisis podría ser una evitación con éxito. Desde un punto de vista funcional, tal cual, la evitación tiene poco que ver con que el cliente sea consciente de ella, y fundamentalmente es una conducta moldeada por las contingencias. Como ya hemos señalado, los efectos de cualquier contingencia pueden fortalecer (o debilitar) una conducta y no tienen nada que ver con que el cliente sea consciente de dicha contingencia (ver Capítulo 5 para un mayor tratamiento del tema de ser consciente y la conducta moldeada por las contingencias).

No es conveniente bloquear todas y cada una de las respuestas de evitación o escape porque el bloqueo es un control aversivo que lleva asociados todos sus efectos adversos. Por tanto, debería aplicarse sólo en los contextos en que se trabajase fundamentalmente con reforzamiento positivo, y adecuándolo siempre al nivel de tolerancia del cliente a la estimulación aversiva. La tolerancia se refiere a la disminución de la

reacción y del efecto disruptivo de la estimulación aversiva. La tolerancia se aumenta mediante el reforzamiento positivo dado a la nueva conducta que se desarrolla tras la aversividad inicial asociada al bloqueo de la evitación. También puede ayudar a incrementar la tolerancia un repertorio verbal que se refiera a las variables de control implicadas en la evitación (Regla 5). Un ejemplo de esto podría ser: "Te voy a preguntar de nuevo por la relajación porque antes no me respondiste. Y lo hago porque me parece que tu falta de respuesta es lo misma que cuando tu mujer te pregunta que cómo te ha ido el día y al final acabáis los dos enfadados. Ésta puede ser una buena ocasión para hacer algo con ese problema".

7. *Sea usted mismo tanto como le sea posible, dentro de las restricciones de la relación terapéutica.* Una característica del reforzamiento natural es que se da en la comunidad. El terapeuta, como miembro de la comunidad verbal, tiene acceso a los reforzadores naturales contingentes a la conducta particular del cliente durante la sesión. Para conocer estos reforzadores naturales, el terapeuta puede observar sus propias reacciones privadas tras la conducta del cliente. Técnicamente, por sí misma, la reacción privada no es un reforzamiento natural, pero va acompañada de una disposición a actuar abiertamente de formas que produzcan reforzamiento natural. Otro método consiste en preguntarse a sí mismo, "¿cómo respondería la comunidad ante esta conducta?". Nunca se puede asegurar que ese posible reforzador de la comunidad sea natural o terapéutico, pero es un punto de partida. Se deben tener en cuenta tres factores para determinar si es probable que las reacciones privadas del terapeuta den lugar a reforzamiento natural: (1) observar atentamente el repertorio habitual del cliente, (2) conocer lo que más le interesa al cliente y, (3) que el terapeuta tenga las conductas objetivo en su propio repertorio.

Enfoques indirectos

Hasta ahora hemos tratado los estilos directos para incrementar el reforzamiento natural de la conducta del cliente durante la sesión de terapia. Como ya indicamos, el uso de un estilo directo es arriesgado. Es decir, si el terapeuta sigue una regla relativa a qué hacer en el momento del reforzamiento, éste puede resultar arbitrario porque la regla no es parte del proceso cuando éste ocurre en el ambiente natural. Por ejemplo, un buen padre actuará normalmente en beneficio del niño sin tener que seguir (o ser consciente de) una regla sobre lo que tiene que hacer. Por otro lado, los estilos indirectos pretenden ayudar al reforzamiento natural manipulando variables diferentes de las que uno hace inmediatamente después de advertir la presencia de una CCR. Por ejemplo, la mayoría de los terapeutas aseguran que no tienen hambre ni cansancio durante las sesiones porque han comido y descansado con anterioridad. Ésta puede considerarse una forma indirecta de aumentar la probabilidad de que el terapeuta refuerce de modo natural las mejorías del cliente. Por tanto, comer y descansar ayudarán a garantizar que el terapeuta estará más atento, paciente y comprensivo, y así resulte reforzante de un modo más natural.

1. *Incremente la atención sobre lo que ha de reforzar.* Conviene recordar que las mejorías pueden presentarse de formas y

momentos muy diferentes. Incrementar la atención sobre lo que se ha de reforzar es la conducta indicada en la Regla 1, y es el enfoque indirecto más importante. Las oportunidades de que las reacciones espontáneas del terapeuta sean reforzantes de forma natural se ven aumentadas si la conducta del cliente se discrimina como una mejoría clínica.

2. *Evalúe su impacto*. La idea general consiste en revisar con detalle las interacciones terapéuticas. Pueden resultar útiles en este proceso las grabaciones de vídeo y audio, así como contar con otras personas que observen la sesión (como ocurre en la formación de los clínicos). Este feedback puede ayudar a cambiar las reacciones del terapeuta de una forma más favorable (Regla 4).

3. *Adquiera el repertorio de ayudar a los demás en general*. Otra propuesta es la implicación del terapeuta en comportamientos cuyo único reforzador concebible (para la conducta del terapeuta) sea el beneficio de los demás. Estas sugerencias incluyen: el aumento de buenas acciones a desconocidos, trabajo de voluntariado, ayudar a los pobres, a los hambrientos y a otros necesitados. Hágalo con frecuencia, quizás diariamente. Es esperable que estas actividades aumenten el repertorio de ayudar a los demás, que en suma es la característica definitoria del reforzamiento natural. Si este repertorio fortalecido se transfiere a la sesión de terapia, ayudará a incrementar el reforzamiento natural disponible y así también realizar una mejor terapia.

4. *Elija clientes adecuados para la FAP*. Puesto que la FAP requiere que el reforzamiento natural disponible en la sesión terapéutica sea relevante para los problemas del cliente, una cuarta propuesta para aumentar indirectamente el reforzamiento natural, es la selección de los clientes que es probable que: (a) tengan problemas más susceptibles de darse en sesión, y (b) puedan ser afectados por las reacciones del terapeuta.

Regla 4: Observe los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las CCR del cliente

La Regla 4 se deriva directamente de los principios del análisis de conducta que subrayan la importancia de las consecuencias de la conducta sobre su probabilidad futura. Aunque se puede dar un cambio en la conducta del terapeuta como un producto natural de seguir esta regla, ésta por sí misma sólo especifica que el terapeuta debe observar la relación reforzante entre su conducta y la del cliente, y no sugiere que el terapeuta cambie intencionadamente su propia conducta. La observación de la relación reforzante puede tener importantes efectos sobre los resultados terapéuticos. Por ejemplo, si el terapeuta observa que sus reacciones parecen ser estar castigando las débiles conductas deseables del cliente, puede cambiar su conducta para que sea positivamente reforzante. Sin embargo, también es posible que el terapeuta siga castigando la conducta deseable, incluso después de observar el efecto antiterapéutico del castigo. El resultado en este caso podría ser remitir al cliente a otro terapeuta, o que el terapeuta se sometiese a terapia para cambiar este comportamiento en particular.

La observación por parte del terapeuta de los efectos reforzantes de sus reacciones sobre la conducta del cliente, puede ayudar a seguir la Regla 5 y a desarrollar conductas similares en el cliente (CCR3). La forma más obvia en que ocurre esto es cuando el terapeuta habla a su cliente sobre la auto-observación: "Me he dado cuenta de que cada vez que empiezas a hablar de tus creencias espirituales yo cambio de tema, y tú no vuelves a tratarlo". De este modo, el terapeuta presenta un modelo al cliente haciendo una descripción de las relaciones funcionales de ese momento.

La Regla 4 puede también llevar al terapeuta a buscar otras formas de mejorar los efectos de reacciones que podrían ser reforzantes para las CCR, pero de las que el cliente no se ha dado cuenta. Consideremos, por ejemplo, el caso de un cliente que ha tenido problemas de expresión de sentimientos derivados de una historia de ridiculización o crítica cuando lo hizo anteriormente. Este cliente no aumentó estas conductas a pesar de que el terapeuta escuchó atentamente, enfatizó sus reacciones faciales e hizo comentarios agradables cada vez que el cliente expresaba un sentimiento. Las indagaciones revelaron que el cliente no era consciente de las reacciones del terapeuta porque el sólo hecho de expresar sentimientos evocaba en él unas emociones (respondientes privadas colaterales) tan intensas que no atendía a la estimulación externa. Después de que el terapeuta amplificara sus reacciones, hablando más alto y más fuerte, empezó a aumentar la expresión de sentimientos por parte del cliente.

Puede ser aconsejable evitar comenzar un tratamiento si parece poco probable que las contingencias naturales puedan favorecer la mejoría de determinado cliente. Este es el caso cuando la Regla 4 permite concluir al terapeuta que la mayoría de sus reacciones serán punitivas y que no tienen nada que ver con que el problema que presenta el cliente, por ejemplo del tipo "la gente reacciona negativamente ante mí". El terapeuta puede reconocer que no le agrada su cliente por una serie de razones que no van a cambiar con facilidad (p. e., el cliente le recuerda a su cruel padre adoptivo, o le recuerda la esposa que se marchó la semana pasada con su amante).

Regla 5 : Ofrezca interpretaciones sobre las variables que afectan a la conducta del cliente

Nuestra hipótesis es que las interpretaciones conductuales a que se refiere la Regla 5 ayudarán a generar reglas más efectivas (Zettle y Hayes, 1982) y a incrementar el contacto con las variables de control. Discutiremos estos puntos en detalle más adelante.

Cuando nos preguntan, "¿por qué lo hiciste?", respondemos con una razón o con una interpretación. Esa razón contiene normalmente una descripción de lo que hicimos (pensamos, sentimos o dijimos) y alguna referencia a sus causas. Lo que hicimos y lo que decimos sobre sus causas dependen, por supuesto, de nuestra historia personal. Del mismo modo, las observaciones y las interpretaciones de conducta que haga un psicoterapeuta, estarán en función de su historia, incluida su formación teórica y clínica. Sin embargo, e independientemente de quien las dé, una razón no es más que una porción de conducta verbal, una serie de palabras. Sin embargo, todas las formas de

terapia parecen incluir el enseñar al cliente a dar razones plausibles para el terapeuta. Concretamente, el terapeuta cognitivo enseña al cliente a dar razones de sus problemas y mejorías en términos de creencias y supuestos, mientras que el terapeuta de la FAP espera razones en términos de historia de reforzamiento y variables de control actuales. Por otra parte, el cliente bajo tratamiento psicoanalítico podría dar razones en términos de conflictos infantiles y recuerdos reprimidos. La insistencia en dar razones en las psicoterapia se ve ilustrada por la descripción de Woolfolk y Messer (1988) sobre el psicoanálisis, como un proceso en el que el cliente cuenta lo que ocurrió y da razones que el terapeuta redefine (interpreta), dando una razón diferente. El análisis está completo cuando las razones del cliente son las mismas que las del analista.

Como terapeutas, esperamos que las razones que damos a nuestros clientes les ayuden en los problemas de su vida diaria. Sin embargo, dependiendo de cuáles sean las razones que se ofrezcan y de cuál sea la historia del cliente, podrían no tener efecto alguno o incluso podrían perjudicar al cliente. Nuestra opinión es que hay dos modos en que el dar razones puede afectar al cliente.

Primera, la razón puede convertirse en prescripción, instrucción o regla. La interpretación "se comporta usted con su mujer de la misma manera que lo hacía con su madre" puede tomarse fácilmente como una prescripción o una regla, y que el cliente la entienda como: "No sea tan injusto con su mujer, trátela de otra manera puesto que evidentemente no es su madre. Si le da un trato más justo mejorará su relación de pareja". Que la regla o instrucción ayude, o no, depende de lo bien que se adecue al ambiente natural. Por ejemplo, consideremos dos razones que podría dar una niña pequeña que coge una galleta cuando se supone que no debía hacerlo. Una razón podría ser que "el demonio me hizo cogerla". Esta razón no se corresponde con las condiciones ambientales que afectaron a que cogiese la galleta. Por otra parte, la razón "la cogí porque hace una semana que no como una" se corresponde con las condiciones ambientales. Esta última razón sugiere posibles formas de intervención (p.ej., permitirle comer galletas más a menudo) que afecten al "robo" de galletas.

Segunda, una razón puede aumentar la relevancia de (aumentar el contacto con) las variables de control e incrementar la densidad del reforzamiento positivo y negativo (Ferster, 1979). Este principio puede ilustrarse mejor mediante una analogía procedente de la investigación animal. Las ratas del experimento eran colocadas durante un periodo de tiempo en dos compartimentos de shock separados de los que no podían escapar. En un compartimiento recibían shocks eléctricos no contingentes a intervalos aleatorios. En el otro recibían el mismo número de shocks no contingentes, pero cada descarga iba precedida de una luz de aviso. Cuando se ponía la prueba de elección, las ratas preferían invariablemente el compartimiento en que se avisaba del shock. Lo mismo ocurría si, en lugar de descargas, se administraba alimento. Las elecciones de las ratas mostraron que una señal ayudaba a mejorar su experiencia. Del mismo modo, para los humanos una interpretación podría "señalar" eventos.

Por ejemplo, una mujer aprende durante la FAP que la razón por la que a veces se

siente rechazada durante la sesión depende de la atención del terapeuta y, además, esta atención está relacionada con lo acelerado o preocupado que pareciera el terapeuta al principio de la sesión. Esta interpretación podría aumentar la atención del cliente sobre el estado de humor del terapeuta al principio de cada sesión, y afectar de manera significativa el grado en que le afecta un lapsus de atención del terapeuta. Como resultado, la cliente tiene mejor contacto (advierte cuán preocupado puede estar el terapeuta) y experimenta menos aversividad cuando el terapeuta no está atento.

Descripciones de relaciones funcionales

El repertorio verbal que han de desarrollar los terapeutas incluye afirmaciones sobre los acontecimientos que ocurren en la sesión según la relación simbolizada por *Ed*:*R*→*Er*. Esto representa la conducta operante, donde (1) *Ed* es el estímulo discriminativo o situación previa cuya influencia sobre la ocurrencia de la respuesta varía según la historia de reforzamiento, (2) *R* es la respuesta o conducta operante influida por el *Ed*, y, (3) *Er* es el reforzamiento o efecto de la respuesta sobre el ambiente.

Por ejemplo, "cuando te pregunté cómo te sentías hacia mí (el *Ed*), empezaste a hablar de tu experiencia en la cárcel (la *R*), que sabes que es otro tema que me interesa. Yo reforcé tu evitación al tratar contigo ese tema y no el de tus sentimientos hacia mí (*Er*)". Normalmente, es preferible hacer estas afirmaciones en el lenguaje cotidiano, aunque se podría argumentar que es preferible enseñar al cliente el lenguaje conductual. En cualquier caso, es mejor describir al menos una parte de la relación funcional que no referirse a ella en absoluto (p.ej., "cada vez que pregunto por tus sentimientos hacia mí [*Ed*] cambias de tema [*R*]").

Los repertorios de la Regla 5 que corresponden a conductas que ocurren dentro de la sesión, son preferibles a aquellos otros sobre eventos que ocurren en cualquier otro lugar. Pero mejores aún son los repertorios verbales que relacionan las variables de control dadas fuera de la sesión con las que aparecen dentro de ella, ya que esto facilita la generalización.

En el siguiente caso ilustramos el uso de la Regla 5. Andi, una mujer negra lesbiana de veintitantos años, estuvo en terapia con el segundo autor porque quería "cambiar viejas costumbres que me impiden intimar con la gente". Al principio tenía dificultades para hablar de sus sentimientos y para mostrar cualquier tipo de afecto durante la terapia, e informaba de problemas parecidos en otras situaciones. Hacia los 6 meses de terapia, Andi empezó a escribirme notas con expresiones afectuosas entre sesión y sesión. Dada la ausencia de tales expresiones en Andi durante las sesiones, me alegré de ello, leí las notas y le respondí. Aumentó la frecuencia y la extensión de aquellas notas. Me di cuenta (Regla 1) de la posibilidad de que las notas fuesen un paso en la dirección correcta, en el sentido de desarrollar relaciones íntimas (CCR2), y de que el contenido de las notas incluyese descripciones de variables de control (CCR3).

Tras aproximadamente un año de terapia escribió, "Estoy empezando a asustarme de lo dependiente que me estoy volviendo. No puedo imaginar mi vida sin ti. Una cosa es hacerse dependiente de una terapia, pero es peor llegar a depender de una persona en

particular, de una terapeuta en particular. Después de todo, hay montones de terapeutas por ahí, pero no muchas feministas del tercer mundo, políticamente liberales de izquierdas, que entiendan a la comunidad lesbiana, y que les guste lo que escribo". La conversación que sigue tuvo lugar en la siguiente sesión:

T: Todo eso es verdad, pero omitiste que nuestra relación es especial y única, y que me intereso por ti de verdad. (Me daba cuenta de que esto era un estímulo discriminativo [*Ed*] para el tipo de conducta relacionada con la intimidad de la que carecía Andi [CCR2], y que al mismo tiempo provocaba evitación, con las consiguientes dificultades para mantener relaciones íntimas [CCR1]).

P: Hay mucha gente que se interesa por mí, pero esas características te hacen parecer rara o marginal (Andi respondió de un modo que me hizo sentir despreciada; posiblemente me encontraba en la misma situación que se habían encontrado otros cuando le mostraron su afecto -una CCR1-).

T: Me siento despreciada cuando dices eso.

Andi estaba visiblemente afectada por esta reacción. Empecé entonces a referirme a aspectos importantes de la relación funcional: "Andi, cuando te dije que me interesaba por ti de verdad y quise que reconocieras mis sentimientos, reaccionaste con frialdad. Con esa reacción despreciaste mi expresión de afecto, me hiciste sentir como si mis sentimientos no contaran. Creo que por esto es por lo que reaccionaste como lo hiciste, no quieres aceptar mi interés y mis sentimientos positivos hacia ti".

Andi habló detenidamente sobre este tema y reconoció que, en general, era duro para ella escuchar mensajes de otras personas que están interesadas, son comprensivas o sensibles con sus sentimientos: un estilo que interfiere con conseguir intimidad con la gente.

Énfasis en los procesos conductuales

Como estrategia general, el terapeuta reinterpreta las afirmaciones del cliente en términos de relaciones funcionales, historia de aprendizaje y conducta. Las interpretaciones conductuales enfatizan la historia y restan importancia al mentalismo y a las entidades no conductuales. Esto es útil para el cliente porque dirige su atención hacia los factores externos, que por sí mismos llevan a las intervenciones terapéuticas.

Por ejemplo, Ángela, que estuvo en tratamiento con el primer autor, carecía de confianza en sí misma, tenía poca autoestima, se sentía insegura en las relaciones y tenía dificultades para decir a los demás qué es lo que esperaba de ellos.

P: Siento como si tuviera derecho a existir. Como si en realidad no debiera existir, como si yo fuera el verdadero problema. Pienso en mí misma... sabes... y me veo como un ratón asustado. Realmente estaba asustada. Como cuando aprendí a conducir, me petrificaba en los stops de los cruces porque me aterraba salir cuando llegaba mi turno. Me asustaba porque suponía que nunca podría salir. Todavía es un poco traumático, aunque ya se me va pasando, pero eso debe indicar que algo no va bien. Bueno, y ¿ahora qué? [*una larga pausa*] (La mayoría de estas descripciones, y en particular la del

cruce del stop, podrían indicar cómo se siente Ángela en su relación conmigo. Ver el Capítulo 3 sobre el análisis de la conducta verbal del cliente).

T: No sé. Te puedo decir lo que pienso al respecto, o di tú qué hacemos (estoy ofreciéndole una amplificación de mis reacciones privadas).

P: Pues no lo sé.

T: ¿Quieres que te diga lo que pienso?

P: O puedes decir tú qué hacemos. (Su expresión facial y su tono de voz indican que no quiere oír lo que pienso).

T: Ciertamente, podría decidirlo yo. Pero me parece que no te atrae mucho la idea de que te cuente lo que pienso. Eso no te gustaría nada. ¿Me puedes decir algo al respecto? (La evitación de Ángela al intentar decirle lo que pienso es una CCR1 porque está relacionada con sus dificultades para mantener relaciones íntimas).

P: Bueno, supongo que es una especie de... creo que no... no es mi estilo ¿sabes?, es como si diésemos un paseo juntos, creo que no soy demasiado...

T: ¿Personal?

P: (*Asiente con la cabeza*) Mm-hm. Es como si me quedase en la superficie.

T: Dime, ¿te vino algo a la mente cuando propuse contarte lo que pensaba?, ¿pasó alguna idea por tu cabeza?

P: Bueno... una tontería. Es algo así como esos pequeños avisos de peligro. Justamente doy marcha atrás. No creo que sea una buena idea. Bueno, quiero decir que a veces es una buena idea, supongo, pero no es generalmente. Bueno, puede serlo algunas veces. Creo que no quiero entrar en esa cuestión. (Esto es una descripción de un *Ed* aversivo y de la CCR1 de evitación de cercanía personal, confianza e interés por lo que los demás puedan querer).

T: Mm-hm. Bien, permíteme decir lo que pienso. Cuando dijiste que no tenías derecho a existir, eso me recordó cómo tu madre se alteraba cuando te metías en líos porque eso suponía un problema para ella. No es más que otro ejemplo de la educación que te dio, sobre que no tenías derecho a existir, para no causar ningún problema a nadie. (Una interpretación basada en la historia de aprendizaje y en la que "no tener derecho a existir" se redefine en términos de no implicarse en comportamientos que causen problemas a la gente).

T: Volvemos nuevamente a que en realidad lo que no quieres es causarme problemas en modo alguno, ni que me desvíe de mi camino por tu culpa, ni que me acerque ni adapte a ti bajo ningún concepto. Es como cuando llegas a uno de esos cruces con stops. No quieres que los demás tengan que esperar. Si quieren continuar, deberían poder hacerlo. (Establezco un paralelismo entre la vida diaria y la relación terapeuta-cliente, y señalo la contingencia de evitar crear problemas a la gente).

T: Esa era una de las cosas que pensaba, es algo a lo que continuamente das vueltas. Y otra cosa que estaba pensando es sobre la gran estima que te tengo. Quiero decir, grandísima. De verdad, de verdad, creo que eres maravillosa, y, por cierto, aunque te he dejado ver este pensamiento, no parece inmutarte. Creo que el no querer saber lo que pienso tiene algo que ver con eso. Es como si no estuvieses en pleno contacto con lo que te digo. Ese es

tu estilo, así que esto son mis pensamientos. (Empiezo amplificando mi conducta privada para, a continuación, introducir en la sesión la situación cotidiana de recibir afecto y feed-back positivo por parte de los demás, sin que ello parezca impactarle en modo alguno. Además, es un intento de redefinir el problema en términos conductuales -una conducta de evitación difícil de definir-. Esta interpretación puede tomarse como una regla encubierta: "No tiene sentido que reacciones ante mí de la misma manera que lo hacías ante tu madre.")

P: Vale, de acuerdo, se supone que debería creerte a ti, y no a mi madre, pero no sé cómo hacerlo. (En este momento sería apropiado ofrecer una interpretación conductual de su experiencia de "no saber cómo hacerlo" que se atenga a la diferencia entre conducta moldeada por las contingencias y conducta gobernada por reglas, tal y como se expone en el Capítulo 5. Esa interpretación enfatizaría que el problema no consiste en creerme, sino en la emisión y reforzamiento de una nueva conducta de ser asertiva y de dar problemas).

CASO ILUSTRATIVO

Gary estuvo en terapia con el primer autor por una historia de relaciones personales que empezaban bien pero que poco a poco se convertían en superficiales e insatisfactorias, y que acababan debido a los "malos" sentimientos que generaban. Además, tenía una larga historia de depresión que parecía ir variando en función de la calidad de las relaciones personales de cada momento. Ahora mantenía una relación importante con una mujer, y parecía seguir el mismo mal camino de las relaciones anteriores.

Gary parecía ser cálido y agradable, y no parecía tener dificultad alguna para relacionarse conmigo en las primeras fases de la terapia. Tras la historia clínica, se puso en práctica un tratamiento directivo que incluyó terapia racional emotiva, ensayo de conducta y terapia de pareja. El contrato original de 10 sesiones se extendió a 20 sesiones durante un periodo de 9 meses. Durante la primera fase de la terapia, las discusiones sobre los problemas de Gary se centraron en la conducta fuera de las sesiones, relativas a su pasado remoto y más reciente. Además se indagaron los orígenes del problema durante su primera infancia. Estas discusiones le ayudaron a crear un repertorio verbal aceptable referido a la relación entre su historia y las variables de control relacionadas con su problema actual.

Al cabo de las 20 sesiones, Gary había aprendido que sus relaciones parecían agriarse cuando se enfadaba o irritaba con su pareja, pero no discutía con ella el motivo de su enfado. Entonces empezaba a sentirse más deprimido, su pareja reaccionaba también con depresión o enfado, y finalmente se separaban. Al principio del tratamiento, Gary aceptó expresar a su pareja sus sentimientos negativos. Y lo aceptó porque sentía que no hacerlo le suponía encerrarse, persistir en esos sentimientos negativos y un deterioro progresivo de la relación. A pesar de que Gary tenía conciencia del problema y había recibido terapia cognitiva, ensayo de conducta y terapia de pareja, no consiguió expresar adecuadamente sus sentimientos negativos y su relación terminó como lo habían hecho las anteriores.

En las sesiones posteriores a su separación, Gary se fue volviendo cada vez más reservado y deprimido. Cuando le preguntaba por el agravamiento de la depresión, Gary la achacaba al duelo por la separación y a su poca capacidad para superarla. También observé que dentro de las sesiones incrementaba la severidad de su depresión, y entonces centré el tratamiento en esta depresión, los pensamientos negativos y la pérdida de esperanza sobre tener una relación satisfactoria.

Aplicando la Regla 1, empecé a trabajar con la hipótesis de que los problemas de Gary se presentaban en la sesión. Cuando le pregunté si estaba enfadado conmigo o tenía hacia mí algún otro tipo de sentimientos negativos, lo negó, y dijo que su reserva y su depresión no tenían nada que ver conmigo. Aunque no muy convencido, dejé por el momento el tema de la relación terapeuta-cliente y me concentré en la terapia de conducta para la depresión. Sin embargo, empecé a sentirme cada vez más incómodo durante las sesiones y me costaba mantener la comunicación. Por su parte, Gary parecía encontrarse cada vez más deprimido. Cuando le propuse que viera a un médico para que le recetase medicación antidepresiva, estalló en una sarta de críticas sobre los médicos alegando que no saben lo que hacen y producen más daño que beneficio.

Bajo la hipótesis de que esos comentarios sobre los médicos, en realidad, se referían a mí (ver Capítulo 3, causación múltiple), hice la siguiente interpretación conductual (Regla 5):

T: Parece que estuviera ocurriendo ahora lo mismo, es decir, tu problema parece el mismo. Nuestra relación empezó bien, de un modo relajado y abierto. No tenías inconveniente en hablarme de todos tus sentimientos y problemas y yo esperaba impaciente nuestras sesiones. La forma en que comenzó nuestra terapia se parece a la forma en que comienzan la mayoría de tus relaciones. Entonces las cosas empezaron a ir mal. No conseguiste expresar a Joyce tus sentimientos negativos, a pesar de que intentamos varios enfoques terapéuticos. Tu relación terminó. Comenzaste a sentirte deprimido y a mostrarte menos abierto en las sesiones. Fue empeorando gradualmente hasta el punto que te encuentras ahora. Tienes poco que decir, y yo empiezo a encontrar frustrantes las sesiones porque no sé qué puedo hacer para ayudarte.

P: Sí, parece un reflejo del pasado. He estado pensando en dejarlo. (Más evidencia de que se está dando una CCR1)

T: Nuestra relación parece acercarse a ese mismo final tan frecuente en el pasado, y terminará con un toque de amargura. (Ver capítulo 3 para la comparación entre la conducta dentro de la sesión y la de la vida diaria)

P: Me siento deprimido y desgraciado. Esto es lo que ocurre siempre, y me siento frustrado porque no sé qué hacer.

T: Bueno, ahora tienes una oportunidad para hacer de nuestra relación algo diferente y no sentirte desgraciado ni frustrado. Puedes dejar que nuestra relación acabe como las anteriores y seguir deprimido e infeliz, o puedes hacer algo distinto y sentirte mejor.

P: ¿Qué quieres decir con algo distinto? No sé qué hacer.

T: Basándonos en la pauta de relaciones de la que hablábamos antes, seguro que

tienes sentimientos negativos y/o de enfado hacia mí.

P: Todo lo que sé es que estoy deprimido y quiero ayuda porque me siento desgraciado. (CCR1 de evitación)

T: No respondiste a mi pregunta. Dije que creo que tienes sentimientos negativos o de enfado hacia mí. (Regla 3. bloquear la evitación)

P: No los tengo, ¿no podemos volver al tema de mi depresión? (CCR1, evitación)

T: Me parece que estás evitando tratar de algo que te molesta de mí. Cuando empezaste la terapia te dije que intentaría ayudarte. Ahora pides ayuda y yo estoy intentando llevarte hacia un tema que tú crees que no tiene nada que ver con tu problema, y tu intentas cambiar de tema. (Se están mostrando: la Regla 2, presentar la situación evocadora -ahora estoy intentando ayudar de nuevo haciendo lo que no había hecho antes, supongo que el error de mis intervenciones anteriores consistió en no haber evocado en Gary sentimientos negativos y las evitaciones asociadas-; la Regla 3, bloquear la evitación; y la Regla 5, ofrecer una interpretación conductual).

P: Hice todo lo que me dijiste que hiciera, y aún así Joyce me dejó. (CCR2)

T: Hiciste lo que te dije y aún así Joyce te dejó y . . .

P: Que no me ayudaste como dijiste que lo harías. (CCR2, la primera queja que me expresa directamente)

T: Lo intenté, pero no dio buen resultado a pesar de que hiciste todo lo que te dije que hicieras. Me siento mal por ello y supongo que debería haberlo hecho de otra manera, quizás Joyce y tú podríais seguir juntos. Creo que es importante que saques ese tema y ver qué podemos hacer ahora. (Se sigue aquí la Regla 3, es decir, el reforzamiento natural de una queja consiste en tomarla en serio e intentar hacer algo al respecto. En las sesiones siguientes pude observar que Gary aumentó sus expresiones de insatisfacción con la terapia y conmigo, Regla 4)

A partir de este momento fue intensificándose la relación terapéutica gracias al creciente número de expresiones emocionales entre Gary y yo. Como las sesiones se centraban casi exclusivamente en nuestra relación, Gary entró más de lleno en los detalles de su decepción conmigo y en otros temas confidenciales relacionados. También hubo muestras de sentimientos positivos de calidez y afecto. Las CCR1 de evitación empezaron a disminuir en frecuencia, aunque, a pesar de ello, cada vez que detectaba una la bloqueaba, dando a Gary la oportunidad de desarrollar un nuevo repertorio de expresión directa de sentimientos negativos, incluida la decepción, la confianza o el enfado. Gary se convirtió en un hábil detector de las conductas clínicamente relevantes que se iban presentando (CCR3), lo que a su vez mejoró aún más la relación terapéutica. Estos repertorios adquiridos en la terapia se generalizaron rápidamente al ambiente cotidiano, y Gary puede decir hoy que disfruta de la mejor relación íntima que ha tenido nunca.

CAPÍTULO III. Suplementación: mejorando la atención del terapeuta sobre la conducta clínicamente relevante

La eficacia terapéutica empieza con una adecuada identificación de las conductas clínicamente relevantes (CCR). Hemos observado que cuantas más CCR se detectan, más profunda, emocional, intensa y fascinante es la terapia. Así que en la FAP tiene cabida cualquier método o concepto que pueda ayudar a identificar CCR, sobre todo porque no siempre es una tarea fácil detectarlas a lo largo de la sesión. Puesto que las CCR son variables de control muy débiles para la conducta de observación del terapeuta, generalmente requieren suplementación (Skinner, 1957) para incrementar su control. Nuestro propósito en los siguientes apartados (Clasificación de la conducta verbal y Situaciones terapéuticas que suelen evocar CCR) es proporcionar suplementación para aumentar las habilidades o competencias del terapeuta para observar las CCR, que a veces se denominan como *sensibilidad* o *intuición*.

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL

En cualquier ámbito humano, un sistema de clasificación, o taxonomía, facilita una observación más minuciosa. Por ejemplo, una niña pequeña que aprende a clasificar insectos buscará y verá más bichos, y cuando encuentre uno, se asegurará de observar cuántas patas tiene. Por consiguiente, proponemos un sistema de clasificación que mejora la identificación de CCR. La clasificación de la conducta verbal ayuda a incrementar la competencia del terapeuta para observar la CCR de dos maneras. Primera, define el tipo de afirmaciones del cliente que facilitan la detección de CCR. Segunda, subraya la idea de que cada vez que el cliente hace una afirmación, es posible que se haya dado una CCR -aunque no lo parezca a primera vista-.

El siguiente ejemplo ilustra cómo el uso de nuestro sistema de clasificación puede favorecer una intervención terapéutica provechosa. Una sesión con Karen, tratada por el primer autor, empezó con:

T: ¿Qué tal te fue la semana?
P: Esta semana fue verdaderamente lamentable, tuve que pagar una multa de 108 $ [suspira] por llevar el permiso caducado.

Nuestro sistema de clasificación verbal me hizo considerar que en la respuesta de Karen había algo más de lo que parecía a simple vista. Puesto que ya la conocía, se me ocurrieron varias posibilidades:

1. Cuando la multaron la cogieron haciendo algo malo; quizás esa es la forma en

que ella ve la terapia y reacciona ante mí como lo hizo con el policía.
2. Puede que esté preocupada por el coste de la terapia y cómo pagar su factura.
3. Obviamente está muy preocupada con la multa, y quizás su comentario realmente significa "por favor, ayúdame a sentirme mejor".
4. Podría haber sacado este tema porque no hizo las tareas para casa que le había asignado, y hablar de la multa era una forma de provocar compasión o de dirigir la atención a un asunto diferente.
5. Quizás vio un policía justo antes de la sesión, o un billete de avión sobre la mesa del recepcionista cuando pasaba por allí.

Entonces procedí a comprobar algunas de estas hipótesis y esto es lo que ocurrió cuando le pregunté por la factura:

T: ¿Qué hay de tu factura?, ¿estás preocupada por ello?
P: No, porque en mi seguro tengo una deducción de 100 $, y ya me he gastado más de eso en medicamentos. Así que eso ya cubre mi deducción, pero me han asegurado que están cubiertas las primeras 10 sesiones. No sé que ocurrirá después, pero los del seguro se han portado muy bien.
T: Saco este tema porque estoy intentando averiguar si te preocupa deberme dinero.
P: No me gusta deberle dinero a nadie.
T: Sí, pero concretemos. ¿Qué es lo que te molestaría?
P: Pienso mucho en ello, cada vez que paso por la puerta se me aparece el símbolo del dólar.

Esto último apoya la hipótesis de que el comentario sobre la multa muestra la preocupación de Karen por los honorarios. Sin embargo, lo que fue más importante en la hipótesis sobre el significado "oculto" es que me llevó a descubrir que Karen se preocupaba del dinero que me debía, tanto como el que le debía a otros. Su temor y ansiedad sobre numerosas facturas sin pagar fue el centro de la terapia de reestructuración cognitiva de las sesiones anteriores, y había evitado seguir trabajando sobre este tema alegando que ya no le suponía un problema. Pero, como indica la trascripción anterior, eso aún era un problema. Su falta de conciencia y su estilo indirecto a la hora de tratar este problema durante la sesión, reflejaba el estilo inapropiado que mantenía en su vida cotidiana en relación con este tipo de asuntos. La identificación de esta CCR1 me hizo ver una nueva vía terapéutica. Tenía la oportunidad de bloquear *en vivo* la evitación de Karen y fomentar repertorios más adaptativos para resolver el problema. Durante los 6 meses siguientes Karen desarrolló mejores repertorios para vérselas con facturas atrasadas, al aprender cómo vérselas con mi propia factura sin cobrar. Todo ello me llevó a una labor terapéutica sobre un problema más general relacionado con sus reacciones ante los demás cuando sentía que la estaban evaluando negativamente.

Algunos lectores podrían preguntarse si esta especulación sobre el significado oculto está dentro del campo del conductismo e, incluso, podrían pensar que se parece sospechosamente al psicoanálisis. Posteriormente, cuando expongamos nuestro sistema de clasificación de la conducta verbal, veremos cómo la teoría del conductismo radical lleva a este tipo de actividad

interpretativa. Por ahora, la inclusión del significado oculto en el conductismo radical podría ilustrarse con la anécdota del desafío amistoso de Alfred North Whitehead al conductismo. Mientras cenaba con Skinner en 1934, Whitehead le preguntó: "¿Cómo explicas mi conducta de estar sentado aquí diciendo 'no hay ningún escorpión negro sobre esta mesa'?". A la mañana siguiente Skinner empezó a escribir *Conducta Verbal* - una explicación conductual del lenguaje-. En el epílogo del libro, que le llevó 23 años escribirlo, Skinner esbozó los principios conductuales para explicar la afirmación de Whitehead. Una conclusión fue que la expresión "escorpión negro" se refería al conductismo. Skinner derivó esta interpretación de su teoría contextual del significado, que constituye el núcleo del enfoque conductista del lenguaje. Desde que Skinner, un conductista declarado, usó los principios conductuales para descubrir el significado oculto de una afirmación dada 23 años antes, parece razonable afirmar que ese empeño interpretativo está dentro del campo del conductismo. De hecho, el terapeuta se encuentra incluso en mejor posición que Skinner para hacer interpretaciones conductuales de las afirmaciones de los clientes puesto que (1) puede hacerlas inmediatamente después de que ocurra esa afirmación, (2) está en estrecho contacto con las circunstancias que rodean esa afirmación y, (3) continúa interactuando con el cliente y puede recabar más información para validar su interpretación.

Aunque la actividad interpretativa puede parecerse a lo que hace un psicoanalista, existen marcadas diferencias en cuanto a los supuestos fundamentales y a las implicaciones clínicas. Primera, y más importante, el terapeuta conductual debe ser modesto y no perder de vista que las interpretaciones no son más que hipótesis. Además, la validez de las interpretaciones es difícil de evaluar, puesto que las variables de control no pueden aislarse en un contexto de laboratorio. La teoría conductual sugiere que los significados ocultos (en realidad, causas ocultas y variables de control) se encuentran en el ambiente circundante, no son necesariamente relevantes desde el punto de vista clínico, y no son el resultado de algo que haya dentro de la persona y que lucha por salir y manifestarse. Nuestra visión de la conducta verbal del cliente sugiere que las interpretaciones psicoanalíticas son útiles cuando facilitan que el analista observe las CCR. Pero, dado que la FAP se ha diseñado específicamente para aumentar la observación de CCR, logra ese mismo objetivo de un modo más eficiente.

El sistema FAP de clasificación de las respuestas del cliente

Las respuestas o conducta verbal del cliente pueden señalar al terapeuta la ocasión para hacer uso del sistema FAP de clasificación de cara a descubrir las posibles causas de su conducta tal como está ocurriendo. El sistema de clasificación de la FAP se basa en los conceptos de la obra *Conducta Verbal* de Skinner (1957). Un libro muy poco leído, pero frecuentemente difamado [1], que

1 *La más famosa es la crítica de Chomsky (1959), que ha sido aceptada por muchos como la crítica definitiva al desacreditado "Conducta Verbal". Sin embargo, la mayoría de las críticas de Chomsky se refieren al conductismo metodológico, que también Skinner rechazaba vehementemente, y que no era la orientación utilizada en "Conducta Verbal".*

es una extraordinaria fuente de conceptos útiles para detectar CCR en el marco de la psicoterapia. Es un libro de difícil lectura y los conceptos no son fáciles de entender. Puesto que hemos utilizado algunos de los conceptos de Skinner, y aunque hemos hecho un esfuerzo por hacer comprensible nuestra clasificación, quizás ello sobrepase el interés de muchos de nuestros lectores. Así que aquéllos que no estén interesados en aprender sobre el sistema de clasificación en detalle, pueden pasar a la siguiente sección, que resume sus implicaciones. Así, pues, salte los detalles de la clasificación y vaya directamente al siguiente apartado sobre "Situaciones terapéuticas que suelen evocar CCR".

Implicaciones del sistema de clasificación de respuestas al hacer FAP

Las sugerencias que ofrecemos a continuación promueven tanto el desarrollo de la relación terapeuta-cliente como la ocurrencia de CCR, y haciendo que ambas sean el centro de atención de la interacción terapéutica.

1. *Promueva y refuerce los comentarios del cliente relacionados con los estímulos presentes en la situación terapéutica.* Esto incluye cualquier descripción o comentario del cliente sobre el terapeuta, la relación terapéutica, sentimientos hacia el terapeuta (efectividad, honorarios, características, defectos, etc.), interacciones anteriores o cualquier otro tipo de acontecimientos ocurridos en sesiones anteriores, cómo se siente respecto al hecho de acudir a la sesión, cualquier sentimiento experimentado durante la misma, la comodidad de las sillas, la iluminación, o cualquier otra cosa. Algunos ejemplos de preguntas y frases del terapeuta que pueden provocar tales descripciones serían los siguientes: "¿cómo te sentías hoy al venir aquí?", "¿cómo se sintió después de la última sesión?", "¿qué te parece la terapia?", "¿qué cree que siento hacia usted?", "¿en qué piensas?", "me disgusta tu hostilidad hacia mí", "me pregunto si crees que estamos progresando suficientemente", "estoy pensando en lo que pasó en la sesión de la semana pasada".

2. *Fomente comparaciones controladas por acontecimientos que se den tanto en terapia como en la vida diaria.* Ejemplos de tales comparaciones por parte del cliente serían: "la ansiedad que siento ahora es parecido a lo que siento cuando hablo a la junta directiva", "me recuerdas a mi padre", "eres como todo el mundo, no se puede confiar en ti", "este es el único lugar donde me siento seguro".

Ejemplos de preguntas o interpretaciones del terapeuta que promueven esas comparaciones por parte del cliente serían: "esto que acaba de ocurrir, ¿es lo mismo que te ocurre cuando miras a tu madre?", "¿en qué grado se parece cómo te sientes ahora comparado con cómo te sientes en el trabajo?", "¿puedes comparar lo que sientes hacia mí con lo que has sentido hacia otras personas con las que has tenido una estrecha relación?", "esa manera de cerrarte cuando te dije que me preocupaba por ti, es muy similar a lo que describes que te pasa cuando otra gente se muestra cariñosa contigo".

3. *Promueva la expresión directa de deseos, peticiones y sugerencias.* Ejemplos de expresiones de este tipo por parte del cliente

serían: "por favor, ayúdame a superar esta ansiedad", "necesito más atención", "no quiero tratar de recordar mi infancia", "¿me puede rebajar los honorarios?".

Los terapeutas pueden estimular esas peticiones de los clientes diciéndoles explícitamente: "Es posible y deseable que quieras y me pidas cosas. Tomaré todas tus peticiones en serio, aunque quizás no te las pueda dar como tu quieres". También puede servir el modelamiento directo con los clientes: "me gustaría que fueses puntual", o "quisiera hablar sobre el dinero que me debes".

4. *Use las descripciones que hace el cliente de acontecimientos sobre su vida como metáforas de hechos que ocurren en la sesión.* De acuerdo con los principios de *Conducta Verbal*, cualquier respuesta del cliente puede estar sujeta a causación múltiple, esto es, habría motivos ocultos (variables de control menos obvias) de los que el cliente no es consciente. Sugerimos que haga hipótesis sobre el significado de tales acontecimientos durante la sesión y si son clínicamente relevantes. Por ejemplo, un cliente habla de lo incompetente que es su dentista. El terapeuta puede responder: "me pregunto si te preocupa que yo sepa lo que estoy haciendo", o, incluso al principio del tratamiento puede preguntarle: "¿tú crees que los psicoterapeutas sabemos lo que hacemos?"

El terapeuta también puede especular acerca de si la metáfora es algo más que una mera descripción de lo que ocurre en la sesión. Podría tratarse de una petición disfrazada y el terapeuta podría hipotetizar sobre qué reforzadores ocultos estarían implicados. Por ejemplo, si el cliente describe lo miserable que ha sido la semana pasada y lo infeliz que se sentía, esto podría considerarse una petición disfrazada cuyos posibles reforzadores ocultos fueran la compasión y que el terapeuta no le exigiera demasiado durante esa sesión.

También se pueden atribuir motivos ocultos a las peticiones directas. Por ejemplo, la solicitud del cliente de terminar la terapia podría estar reforzada por la evitación del conflicto que le supone sentirse sexualmente atraído por su terapeuta.

Clasificación de la conducta verbal

El enfoque de Skinner no es como cualquier otro sistema de clasificación del lenguaje, puesto que se clasifica lo que se dice en base a sus causas, más que por su forma o su estructura fonética. Aunque hay muchos tipos de causas[2], nos referiremos solamente a los estímulos discriminativos que ocurren antes de la respuesta, y a los estímulos contingentes que aparecen tras ella. Los primeros son fundamentales para definir "*tacto*" y los segundos al definir "*mando*". Estos términos, *tacto* y *mando*, desempeñan un papel central en nuestro sistema de clasificación y se refieren a conductas verbales que se diferencian entre ellas por sus causas.

En el diagrama de la Figura 1 se muestra el proceso general de clasificación. El proceso comienza clasificando la respuesta del cliente como un tacto (Cuadro 1), un mando

---

2 *Desde un punto de vista conductual, hay causas (1) de contingencias de supervivencia (p.ej., causas evolutivas y constitucionales), (2) contingencias de supervivencia cultural (p.ej., las prácticas culturales), y (3) contingencias de reforzamiento (Skinner, 1974).*

(Cuadro 3), o una intraverbal (Cuadro 4). Consideramos este sistema de clasificación como una introducción al uso de los principios de la conducta verbal de Skinner en el marco de la psicoterapia. Por razones prácticas, hemos limitado el número de conceptos de la conducta verbal a los tres mencionados, por lo que no agotamos todas las posibilidades de este enfoque. Aunque una aplicación más completa aportaría aún más al proceso terapéutico, su discusión sobrepasa el propósito de este libro.

1. *El tacto*. Un *tacto* se define como una respuesta verbal que está bajo el preciso control de un estímulo discriminativo, y es reforzada por reforzadores generalizados secundarios. Por ejemplo, si le muestran una bola roja y le preguntan "¿qué es esto?", y usted contesta "una bola roja", usted estaría dando un *tacto* porque la forma de su respuesta ("bola roja") está controlada por el objeto y es reforzada por un reforzador condicionado generalizado como "ajá", "correcto", "gracias", o cualquiera de cientos de reacciones que indican que usted estaba en lo cierto. Es importante señalar que la contingencia de reforzamiento es amplia y general, mientras que el estímulo discriminativo previo (*Ed*) es específico.

El tacto, pues, está ocasionado por la presencia de un estímulo específico (p.ej., una bola roja) y una audiencia (el terapeuta o los padres). Los tactos, en este sentido, son similares a la noción de etiquetas o nombres. Sin embargo, puesto que los términos *etiqueta*

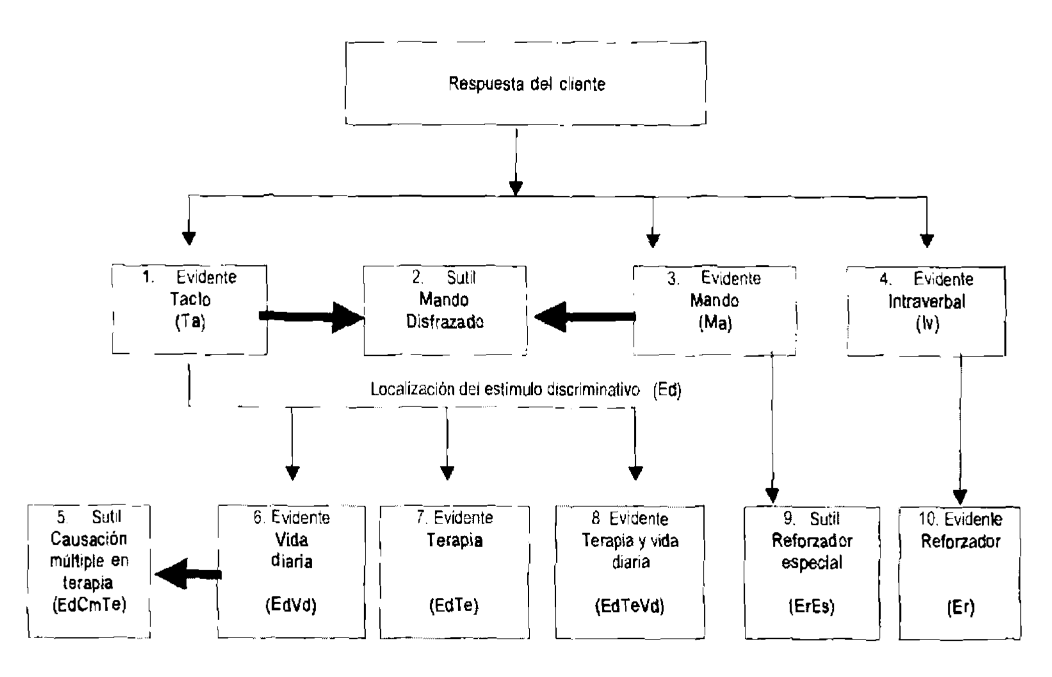


Figura 1. Clasificación de las respuestas del cliente. Las flechas en negrita indican los puntos *en que se hacen interpretaciones sutiles.*

o *nombre* sugieren la idea de una representación simbólica, usamos "tacto" en lugar de "etiqueta" para subrayar esta diferencia. Desde un punto de vista conductual, las palabras "bola roja" no representan simbólicamente al objeto más de lo que podría hacerlo la presión de palanca de una rata respecto de una luz amarilla en una caja de Skinner. El problema de hablar de que una palabra "simboliza" o "representa" un objeto es que hemos de explicar qué significa "simbolizar" o "representar" para entender la respuesta verbal. En cambio, al decir que un tacto está "controlado" por un estímulo discriminativo previo, podemos explicar la conducta refiriéndonos al sobreconocido proceso de la discriminación. Este proceso incluye lo que otros quieren decir cuando afirman que una palabra *simboliza* o *representa* algo. Esto no significa, sin embargo, que aceptemos las palabras de nuestros clientes al pie de la letra. Más bien al contrario, nuestro enfoque, ilustrado con el ejemplo de la multa de 100$, nos sitúa en el polo opuesto.

En la clasificación de la conducta verbal de la FAP es importante la localización del estímulo discriminativo (*Ed*) que controla el tacto. Desde nuestro punto de vista terapéutico, el mundo puede dividirse en dos tipos de *Ed*: los que se encuentran en la sesión de terapia y los de la vida diaria del cliente. En la Figura 1 se muestran los dos tipos de *Ed*, en el Cuadro 6 (*EdVd*) los de la vida diaria, y en el Cuadro 7 (*EdTe*) los de la terapia. Una categoría final, reservada para aquellos tactos evocados por *Ed* que se encuentran tanto en la vida diaria del cliente como en terapia, es la que se muestra en el Cuadro (*EdTe Vd*). De este modo, si el ejemplo anterior de la "bola roja" ocurrió durante una sesión de terapia, decimos que el tacto "bola roja" fue producido por un *EdTe* porque la bola roja estaba en la sesión de terapia.

La cliente que cuenta una pelea con su marido está emitiendo un tacto que se encuentra bajo control de un estímulo discriminativo localizado en su vida diaria (*EdVd*, que se muestra en el Cuadro 6). La cliente que habla sobre un desacuerdo que tuvo con su terapeuta se encuentra bajo control de estímulos localizados en el ambiente terapéutico (*EdTe*, mostrado en el Cuadro 7). Si esa misma cliente dice que la pelea con su marido se parece al desacuerdo con su terapeuta, da un tacto bajo control de estímulos localizados tanto en su vida diaria como en el marco de la terapia (*EdTeVd*, mostrado en el Cuadro 8).

La FAP se centra fundamentalmente en las respuestas controladas por estímulos presentes en la sesión de terapia. Por ello, el terapeuta FAP (1) está pendiente de, y (2) estimula las respuestas controladas por *EdTe* y *EdTeVd*. La identificación de estas respuestas, las controladas por *EdTe* y por *EdVd*, ayuda a determinar qué respuestas del cliente son las más importantes. En este ejemplo, se especifica cuál es la respuesta más importante de entre las varias dadas por Andrea, una cliente con problemas de infelicidad crónica y fobia social. Estas son sus manifestaciones al inicio de una sesión:

1. "Hoy perdí los nervios porque me llamaron diciendo que la semana que viene tengo una entrevista para un trabajo de secretaria en Boise. Y no sé si podré hacerlo. No sé si podré ir allí, y hacerlo en este estado."
2. "Cuando salí de aquí la semana pasada iba como saltando. Me sentía verda-

deramente bien y no estoy segura del porqué."

3. "Tuve incluso que cambiar la entrevista para que no interfiriese con mi horario de medicación. Y eso me hizo sentir auténticamente imbécil. Pensé qué pasaría si ellos lo supieran, si ellos supieran que no había podido ir al mediodía porque entonces tendría que interrumpir la entrevista para tomarme una pastilla."
4. "Si supieran que me había tomado un tranquilizante no querrían contratarme."

Todas estas respuestas pueden clasificarse claramente como tactos, pero sólo una, la segunda, está controlada por un estímulo intra-sesión -un *EdTe-*. Esta es, por tanto, la respuesta clínicamente más significativa (suponiendo que todas están igualmente relacionadas con sus problemas actuales).

Tenga presente que el tacto ocurre meramente por la presencia del estímulo. Esta característica del tacto es particularmente importante para comprender la posterior discusión sobre causación múltiple y los denominados significados ocultos. No decimos que el cliente "use" el tacto para describir el estímulo, como tampoco decimos que "usa" el paso para ir de un lado a otro. Evitamos ver al cliente como "usando" una respuesta verbal, porque entonces tendríamos que saber qué es lo que está usando. Lo que "está usando" es la respuesta verbal, y ello nos lleva de nuevo al problema original que intentamos resolver –esto es, entender la respuesta verbal-. Por ejemplo, digamos que usted está intentando llegar a las causas de las amenazas suicidas de un cliente. Si usted dijese que el cliente "usa las amenazas", entonces necesitamos comprender las causas de la conducta de "usar", así como las de las palabras usadas. En cambio, desde nuestra perspectiva diríamos que la amenaza podría estar motivada por la atención que recibe (un mando, como veremos a continuación), o estar controlada por una conducta presuicida (un tacto), o por alguna combinación de ambas. Además, el cliente puede darse cuenta o no de los factores de control y/o los factores motivacionales.

2. *El mando.* Los mandos son las expresiones empleadas en las demandas, órdenes, peticiones y preguntas. Un mando es una conducta que presenta las siguientes características: (1) ocurre porque fue seguido por un reforzador particular, (2) su fuerza depende del grado de privación o de estimulación aversiva, y, (3) aparece ante un rango muy amplio de estímulos discriminativos. Así, si usted dice "tomaría un poco de agua" porque tiene sed, esto sería un mando porque estaría reforzado por un reforzador muy específico -alguien que lo oye y le ofrece agua o le indica dónde encontrarla-. Su respuesta "quiero agua" no sería reforzada por un reforzador generalizado secundario, por ejemplo alguien que le dijera "correcto" o "gracias por compartirla conmigo" o "entiendo lo que dices". Su fuerza dependería también de su grado de privación de agua. Su petición de agua puede ocurrir casi en cualquier situación en la que usted esté sediento y haya otra persona que pueda oírle.

Del mismo modo, si un cliente dijese "quiero una sesión extra esta semana", eso sería reforzado (y por tanto probablemente ocurra de nuevo) al recibir una sesión extra (un reforzador específico). El mando puede implicar indirectamente privación o estados

aversivos, como en "por favor, llévame de paseo" o "no me abandones". Específicamente, la conducta del cliente que ocurre porque evoca afecto por parte del terapeuta es un mando.

Como mostramos en la Figura 1, la primera clasificación a realizar es si la respuesta del cliente es un tacto (Cuadro 1), un mando (Cuadro 3), o una intraverbal (Cuadro 4). La *intraverbal* es conducta verbal evocada por estímulos verbales y abarca generalmente aquellas respuestas que no pueden clasificarse como tactos o mandos. Por ejemplo, cuando preguntamos "¿cómo estás?", la respuesta "bien" es normalmente una intraverbal porque en realidad no tiene nada que ver con los sentimientos del hablante, sino que es simplemente una respuesta apropiada a la serie de palabras "¿cómo estás?" (si "bien" estuviese realmente basado en los sentimientos del hablante, sería un tacto, no una intraverbal). Las respuestas del cliente a preguntas como "¿de dónde son sus padres?" o "¿dónde trabaja su pareja?", son intraverbales.

3. *Mandos disfrazados*. No podemos estar seguros de si una respuesta dada es un tacto o un mando basándonos en su forma (o en su fonética). La palabra *fuego*, por ejemplo, podría ser un mando a un pelotón de ejecución o un tacto bajo el control de un incendio. Mientras que la clasificación de la conducta verbal en base a su forma o fonética se denomina *análisis formal*, el método de clasificación de Skinner, basado en las causas, se denomina *análisis funcional*. Usando el enfoque funcional de Skinner, cuanto más sabemos sobre el contexto y la historia que produce la respuesta, más seguros estamos de sus causas y de su clasificación como un tacto, un mando o una intraverbal. Así, si uno ve el incendio y al hablante señalándolo, tiene suficiente contexto para clasificar de manera fiable su respuesta como un tacto.

El ejemplo de "fuego" ilustra que la misma palabra puede tener diferentes causas. El significado de una palabra (o una frase, un gesto, un soliloquio, etc.) se refiere a su función, esto es, una delimitación de sus causas. Cuando decimos que la "misma" palabra puede tener "diferentes" significados, "misma" se refiere al aspecto formal de la palabra (el modo en que suena y en que se escribe) y "diferente" se refiere a su aspecto funcional. Consideremos el ejemplo de un cliente que dice "me voy a suicidar". Si la respuesta del cliente depende fundamentalmente de conductas presuicidas, como planes de suicidio y ciertos sentimientos asociados a éstos, entonces esa afirmación es un tacto. Si la afirmación está mantenida fundamentalmente por la preocupación que produce en los demás, entonces es un mando. En nuestro esquema de clasificación, la primera posibilidad se considera un tacto (Cuadro 1) y la segunda un mando disfrazado (Cuadro 2). Es un mando disfrazado porque parece un tacto si nos basados en su forma, pero de hecho es un mando si nos basamos en su función. Los no conductistas preferirían diferenciar las dos afirmaciones suicidas sobre la base de la intención o el propósito del cliente. Aunque estos términos expresan un significado parecido, pueden igualmente resultar confusos y engañosos. Por ejemplo, ¿la intención o el propósito implican conciencia?, y si no, ¿qué significa tener una intención inconsciente?. Usando nuestro enfoque de tacto versus mando, el tema de la conciencia queda como una cuestión aparte y no tiene

nada que ver con nuestra clasificación. De este modo, el cliente puede darse cuenta o no de por qué hace una amenaza suicida, y aún así, ésta puede clasificarse como un tacto o como un mando. Además, si usamos la intención o el propósito para explicar la amenaza de suicidio, el siguiente paso de la terapia sería descubrir de dónde viene esa intención o propósito. Los tactos y los mandos, por el contrario, se definen en términos de sus orígenes.

El ejemplo de las amenazas suicidas muestra cómo una misma expresión puede tener diferentes significados. Igualmente, expresiones diferentes, como por ejemplo "por favor, quiéreme" o "soy inútil y despreciable" pueden tener el mismo significado (causas). La petición directa de amor puede estar causada por una historia anterior en la que se conseguía amor y afecto cuando se pedía y/o por la falta actual de amor y cariño.[3] Puesto que la forma y la función coinciden, diríamos que el cliente quiere decir eso mismo que dice. La respuesta se incluiría en el Cuadro 3 abreviada como *Ma*. El reforzador de este mando, amor y afecto, se representa como *Er* dentro del Cuadro 10 del sistema de clasificación. La otra frase referida a ser inútil y despreciable también podría estar causada por un deseo de amor y afecto. Así pues, sería un mando aunque aparentemente sonase como un tacto. Esto es, posiblemente en la experiencia pasada del cliente fue más probable que el amor y el afecto aparecieran tras la autodepreciación que tras una petición directa. Como ya señalamos, estos mandos con apariencia de tactos se denominan *mandos disfrazados* (Cuadro 2). Los reforzadores contingentes con los mandos disfrazados son los denominados reforzadores especiales, *ErEs* (Cuadro 9), para especificar que hay implicado un reforzador específico apropiado para el mando, no un mero reforzador generalizado secundario como ocurre en los tactos.

Por tanto, es posible encontrar expresiones formalmente similares pero funcionalmente diferentes (el ejemplo del suicidio), así como formalmente diferentes pero funcionalmente similares (el ejemplo del amor y el afecto).

4. *Causación múltiple y estimulación suplementaria*. La mayor parte de la conducta verbal está multideterminada. Además de un estímulo de control primario, suele haber estímulos de control suplementarios que también influyen en la respuesta. Esto es obvio en los *lapsus linguae*, en los que las múltiples causas producen una respuesta distorsionada. La mujer que le dice a su novio que la espere para cenar a las *sexo* (seis) en punto es un ejemplo de ello. La respuesta *sexo* es el resultado de la presencia simultánea de estímulos primarios que evocan la respuesta "*seis*" y estímulos suplementarios que evocan "*sexo*", aunque éstos últimos sean menos aparentes para un observador externo. No obstante, la mayor parte de la causación múltiple es menos intensa y no causa una respuesta claramente distorsionada. Pero, aún así, puede explicar porqué aparece un comentario en particular en un momento dado cuando serían posibles muchos otros. Una cliente con estimulación suplementaria debido a su preocupación por

---

3 *Una circunstancia podría ser que el cliente tuviera una historia en la que no conseguía nada de los demás a menos que lo pidiese directa y enérgicamente. Así, aunque pudieron faltar el amor y el afecto, el mando aparece ahora debido a la gran fuerza de pedir en general.*

los efectos perjudiciales de la terapia, puede hablar sobre su experiencia de la semana pasada con un fisioterapeuta incompetente. Otro cliente, con estimulación suplementaria debido a su enfado con el terapeuta, puede sacar el tema del incidente en que perdió los nervios con su pareja. Skinner denomina a este proceso *selección de respuesta* y lo propone como una alternativa para decir que el cliente ha "elegido" determinada expresión en particular de entre otras muchas disponibles.

La causación múltiple, los mandos disfrazados y los reforzadores especiales son conceptos que explican lo que tradicionalmente se han denominado significados *ocultos*, *latentes* o *inconscientes*. Ofrecemos así una explicación conductual de fenómenos tales como los *lapsus linguae* o que los clientes digan una cosa pero quieren decir otra. Los clientes no suelen ser conscientes de estas variables, pero producen sus efectos independientemente de la conciencia que se tenga de ellas. No explicamos estos efectos postulando la existencia de un mecanismo interno, como el inconsciente. Simplemente nos referimos a ellos como efectos de variables *sutiles*. Por su parte, las variables *evidentes* son las que determinan de modo más directo la forma de la respuesta. Una *metáfora*, según la definimos en este libro, se refiere a las respuestas controladas por variables sutiles. Por ejemplo, una mala experiencia con el dentista es la variable evidente que controla que el cliente le diga a su terapeuta "el dentista me hizo daño". Pero si el cliente se lo dice en ese momento es porque también se siente herido por el terapeuta, así que la variable sutil es la experiencia dolorosa que tiene con el terapeuta. Conforme a nuestra definición, "el dentista me hizo daño" es una metáfora porque es una respuesta multicausada, bajo control parcial de una variable sutil. El cliente no necesita darse cuenta (y probablemente no se da cuenta) de esa variable sutil que influye sobre lo que ha dicho.

Como se muestra en la Figura 1, todas las respuestas del cliente se clasifican en primer lugar, en base a las variables manifiestas, como un tacto (Cuadro 1), un mando (Cuadro 3), o una intraverbal (Cuadro 4). Hecha esta clasificación, han de considerarse las variables sutiles, según se indica mediante flechas en negrita (Cuadros 1, 3 y 6). Por ejemplo, si una respuesta se clasifica claramente, por su forma, como un tacto (Cuadro 1) y los estímulos de control se encuentran en la vida diaria (Cuadro 6), pueden considerarse entonces qué estímulos sutiles hay presentes en la sesión (Cuadro 5) y que pueden haber suplementado a los manifiestos para hacer que ocurra esa respuesta específica. De este modo, si el cliente habla sobre su relación con un amigo, ¿qué elementos de la relación terapéutica compartidos con dicha relación pueden explicar que el cliente saque ahora ese tema?. Si un cliente describe sus sentimientos hacia alguien es posible que exista un parecido con los sentimientos hacia usted. Si el cliente cuenta algo que le ha sucedido durante la semana, ¿qué puede haber en común entre la relación terapéutica y ese acontecimiento?.

El sistema de clasificación de la FAP nos ayuda a generar hipótesis sobre las variables sutiles que pueden estar influyendo en los comentarios del cliente. Una vez formulada la hipótesis, puede ir acumulándose información adicional que ayude a confirmarla o rechazarla.

El sistema de clasificación y la observación de conductas clínicamentes relevantes

Presentamos a continuación distintos modos en que la clasificación puede ayudarle a identificar conductas clínicamente relevantes (CCR) en sus clientes:

1. Algunos clientes nunca, o raramente, se observan a sí mismos o a los demás en el "aquí y ahora". La ausencia de observaciones del aquí y ahora podría ser una CCR1 que interfiriese en las relaciones íntimas. La observación aquí y ahora de uno mismo y de los otros deriva de una clase de respuesta de tacto, controlada por acontecimientos que tienen lugar en la sesión -*TaEdTe* (Cuadro 7)-. El método más usado para identificar una CCR1 es pedir al cliente que compare su conducta en la sesión con la de su vida diaria (p.ej., "Miró usted a otro sitio y no dijo nada cuando le pedí que me hablara de sus sentimientos hacia mí. ¿Es esto lo que ocurre con su pareja?"). La respuesta de comparación del cliente sería un *TaEdTeVd* (Cuadro 8).

2. Las respuestas *TaEdTeVd* (Cuadro 8) afectan también al fortalecimiento de las CCR3, las descripciones de los clientes acerca de su conducta y sus causas. La CCR3 es una forma especializada de tacto controlado por estímulos que ocurren en la sesión de terapia. El moldeamiento de la CCR3 empieza cuando el terapeuta estimula cualquier tacto controlado por estímulos discriminativos que se dan, bien en la terapia (*TaEdTe*), o bien en la terapia y en la vida diaria (*TaEdTeVd*). Las comparaciones entre la conducta intra-sesión y la de la vida diaria forman parte de las CCR3 que pueden ayudar a la generalización de las mejorías terapéuticas a la vida cotidiana.

3. Las respuestas sutiles constituyen a menudo CCR1. En primer lugar, el cliente no suele ser consciente de ellas. Así, la aparición de una respuesta sutil proporciona una oportunidad terapéutica para aumentar esa conciencia mediante la promoción y reforzamiento de la CCR3 apropiada. Por ejemplo, si un cliente está bajo el control de la variable sutil de sentirse herido por el terapeuta, y le habla a éste sobre una experiencia dental dolorosa, se beneficiará de esa comparación y ser capaz de identificar esa variable sutil y describir cómo le afecta (CCR3). Es entonces cuando el terapeuta debe ayudar al cliente a darse cuenta de las variables que afectan a su conducta (Regla 5). Creemos que este proceso conductual es muy parecido a lo que los psicoanalistas describen como "hacer consciente lo inconsciente". En segundo lugar, la razón de que muchas variables de control "estén ocultas" y pasen a funcionar sutilmente en un primer plano, probablemente sea debido a los efectos del condicionamiento aversivo, lo que indicaría la presencia de una CCR1 de evitación. En tercer lugar, los mandos disfrazados son a menudo CCR1 puesto que son formas indirectas de pedir algo, cuando un estilo directo generalmente sería más efectivo.

4. La clasificación de las respuestas del cliente ayuda al terapeuta a establecer mejor contacto con el contexto general de la conducta del cliente. En vez de tomar al pie de la letra los comentarios del cliente, el sistema de clasificación puede ayudar al terapeuta a entender esa respuesta como el resultado de

ables manifiestas y sutiles que reflejan la historia del cliente, así como de los efectos de la relación terapeuta-cliente. Tener una "amplia visión de conjunto" aumenta la sensibilidad hacia las CCR y hacia el papel del reforzamiento intra-sesión.

Es importante no perder de vista que esta clasificación no es el único modo de considerar las CCR durante la sesión. Deberían evaluarse continuamente todas las conductas del cliente como posibles CCR. La evaluación de una CCR se haría incluso antes de incluirla en el esquema completo de clasificación. Consideremos, por ejemplo, el caso de un cliente retraído y tímido, que nunca se enfrenta a las figuras de autoridad, y que de repente le grita al terapeuta: "No presta usted atención a lo que le digo, y eso me molesta mucho". Esto podría ser inmediatamente reconocido como CCR2 y CCR3 sin pasar por el proceso de clasificación de la conducta verbal. El propósito del proceso de clasificación es hacer visibles más CCR de las que podrían detectarse de forma inmediata, pero no debería tomarse como el único método para identificar las CCR. Prosigamos ahora con algunos ejemplos de clasificación.

Ejemplos de clasificación de respuestas del cliente

1. *"Son las cinco menos diez, es hora de irse"*. De acuerdo con el diagrama de la Figura 1 nos preguntaríamos en primer lugar: "¿Es esto claramente un tacto (Cuadro 1), un mando (Cuadro 3) o una intraverbal (Cuadro 4)?". Nuestra respuesta sería "un tacto, obviamente" puesto que el reloj aparentemente es el estímulo de control que explica esta forma específica de la respuesta "cinco menos diez", de hecho, es lo que sirve de indicador del final de la sesión. Pero, tal y como procedemos con el diagrama, pasaríamos ahora a determinar la localización del estímulo discriminativo (*Ed*). Dado que el cliente se remitió al reloj y éste se encuentra en la sesión de terapia, el reloj es claramente un *EdTe* (Cuadro 7).

Ahora procedemos a evaluarla como una posible CCR: Si un problema de la vida diaria del cliente es que vive compulsivamente pendiente del reloj y "debe" acabar en el momento exacto, la respuesta sería una CCR1. Sin embargo, si el comentario del cliente es una mejoría respecto de su obsesión con el tiempo observada en las sesiones anteriores (p.ej., levantarse de repente, e irse, llegada la hora), la respuesta sería una CCR2. Pero el diagrama también nos advierte sobre los factores sutiles, es decir, la posibilidad de que la respuesta sea un mando disfrazado (Cuadro 2).

Por ejemplo, la cliente de este ejemplo podría querer que usted dejase de preguntarle por sus sentimientos. En este caso el reforzamiento especial sería la evitación de ese tema de conversación. Puesto que ésta es una interpretación sutil, la naturaleza indirecta del mando haría que considerásemos esta respuesta como una CCR1.

2. *"Mi mujer se niega a hacer la colada"*. De nuevo, nos preguntaríamos en primer lugar: "¿Es esto un tacto, un mando o una intraverbal?". Dado que la variable de control de la respuesta es el hecho de que la esposa no haga la colada, consideraríamos la respuesta como un tacto (Cuadro 1). La localización de ese acontecimiento es la vida diaria del cliente (*EdVd*-Cuadro 6). Examinando ahora la posibilidad de que

esta respuesta sea una CCR, si el cliente ha temido previamente ser crítico con su esposa sería una CCR2. A continuación, como se indica en el diagrama, podría realizarse una interpretación sutil como un mando disfrazado (Cuadro 2). Es posible que el cliente no esté simplemente "relatando los hechos", como implicaría su consideración como tacto, y en su lugar (o además) tuviese motivos ocultos (reforzadores especiales y sutiles [Cuadro 9]). Posibles reforzadores especiales para este cliente podrían ser que el terapeuta le diga algo como: "qué esposa tan irresponsable tiene usted", "lo que tiene que hacer para que su esposa lave la ropa es", o "¡Qué mal! Así se explica cómo está usted tan estresado". Una posible CCR1 relacionada con la motivación oculta sería "querer que los demás lo apoyasen en sus conflictos matrimoniales e interpersonales sin pedirlo directamente".

3. *"¿Cuánto cobra usted por sesión?"*. Esta respuesta es un mando claro (Cuadro 3) porque señala un reforzador específico (Cuadro 10). El reforzador consiste, obviamente, en que el terapeuta le informe de su tarifa. Pero es posible que el mando no sea lo que parece e incluya un reforzador sutil, especial, *ErEs* (Cuadro 9). El más probable sería el relativo al importe de los honorarios. De este modo, el cliente podría querer decir "bájeme la tarifa". Esta motivación oculta haría de la respuesta una CCR1 consistente en no ser directo o no ser consciente. Si el cliente evita los compromisos en general, también podría ser otra CCR1 al evitar comprometerse a empezar la terapia, utilizando los honorarios como una excusa.

4. *"No le gusto a nadie"*. Si nos atenemos a su forma, la respuesta es un tacto claro (Cuadro 1). La localización de los *Ed* de control parece ser un *EdTeVd* (Cuadro 8), puesto que "nadie" puede referirse también al terapeuta. Si el problema que presenta la cliente, según sus palabras, es que "es poco atractiva", entonces la respuesta indica que se está dando una CCR1. Si hacemos una interpretación en términos de variables sutiles, podría ser un mando disfrazado (Cuadro 2) "Dígame que le gusto". La cualidad de indirecto o de inconsciente del mando disfrazado podría considerarse una CCR1.

5. *"Siento náuseas"*. Esta respuesta es un tacto (Cuadro 1) puesto que parece estar controlada por estimulación de su estómago. La localización de los *Ed* de control están en la sesión terapéutica (*EdTe* Cuadro 7). En general, las afirmaciones sobre sentimientos son tactos manifiestos, porque están controlados por estímulos previos. Que los estímulos de control sean privados es algo incidental. Esta respuesta indica que está ocurriendo una CCR1 si la nausea es un problema en ese momento, o una CCR2 si el cliente nunca se queja de sus problemas físicos. Una interpretación más sutil es que se trata de un mando disfrazado cuyo reforzador especial fuese la compasión o la evitación de lo que estuviera sucediendo justo antes de esa queja.

SITUACIONES TERAPÉUTICAS QUE SUELEN EVOCAR CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES

Hay situaciones y características propias del proceso terapéutico que generan

conductas clínicamente relevantes. Al exponerlas, queremos llamar su atención sobre ellas y ayudarle a identificarlas.

1. *La estructura temporal.* Las sesiones de terapia se programan, empiezan y acaban en determinado momento. El cliente puede llegar tarde, empeñarse en llegar temprano, querer irse antes de tiempo o no irse cuando se acaba. Llegar tarde a una cita puede estar relacionado con problemas del cliente como la evitación de discusiones con carga emocional, la planificación del tiempo o los problemas laborales derivados de la impuntualidad. No saber cómo acabar y despedirse al final de la sesión puede estar relacionado con conductas tales como la dependencia o el apego excesivo que ha causado problemas en otras relaciones. Una atención excesiva a la puntualidad puede estar relacionada con problemas como la compulsividad o el miedo extremo a desagradar a los demás, quizás, asociado a una falta de autoestima.

Llegar tarde a las citas cuando se está dando un progreso terapéutico puede ser una muestra del problema del cliente que tiene dificultades para completar las tareas y que parece "estropear" situaciones en las que podría tener éxito. Llegar tarde o irse antes de la hora pueden ser ejemplos de operantes clínicamente relevantes para un cliente que presenta problemas de ansiedad. En todo caso, la relevancia de la conducta operante observada durante la sesión ha de valorarse en relación con el conjunto de problemas que presenta el cliente.

2. *Las vacaciones del terapeuta.* Algunos clientes, especialmente aquéllos que tienen historias de rechazos y abandonos, muestran reacciones intensas ante las alteraciones del patrón temporal de contacto con el terapeuta. Para esos clientes, la marcha del terapeuta puede provocar un miedo intenso, ansiedad, ira y/o tristeza, acompañados de pensamientos del tipo "no volverás", "estás intentando alejarte de mí porque me porté 'mal'", "cuando vuelvas no serás el mismo y ya no te preocuparás por mí", "¿cómo puedes dejarme en este momento en que tanto te necesito?", "no puedo vivir sin ti" o "no puedo cuidar de mí mismo". La mayor parte de las conductas que acompañan a esos sentimientos (que no consistan en hablar sobre ellos) son CCR1 (p.ej., volverse retraído, romper objetos o intentar suicidarse).

3. *El fin de la terapia.* El final más problemático es terminar un tratamiento incompleto debido a factores en la vida del terapeuta, tales como cambios de trabajo, de destino, o interinidad. Esto puede producir los mismos sentimientos descritos en el apartado anterior, incluso con mayor intensidad. Cuando la terapia se acaba de mutuo acuerdo, el terapeuta ha de estar atento a las CCR evocadas por esta finalización. Las terminaciones pueden evidenciar temas como la autoconfianza y la independencia, y se relacionan con pérdidas, separaciones o muertes anteriores. Es una oportunidad para que el cliente aprenda a despedirse de un modo apropiado, expresando en toda su amplitud los sentimientos generados por el final de una relación especial pero transitoria. El modo en que el cliente reacciona ante la finalización de la terapia, probablemente sea un indicador fiable de cómo reacciona en los finales y comienzos en otras áreas de su vida.

4. *Los honorarios*. La manera en que el cliente maneja el tema de los honorarios de la terapia, puede ser representativo del modo en que lo hace con el dinero en cualquier otro ámbito. ¿Paga a tiempo?, ¿Se maneja torpemente con facturas y presupuestos?. La cuestión de los honorarios puede aparecer en terapia de muchas maneras: (a) Puede estar relacionado con conductas de abandono y terminación asociadas a pensamientos del tipo "No merezco gastar este dinero en mí, otros familiares son más importantes y merecen mayor gasto que yo". (b) Puede utilizarse para evitar sentimientos de intimidad hacia el terapeuta "Eres amable conmigo porque te pago, ése es tu trabajo". (c) Se puede usar para explorar la conducta y/o el afecto evocado por la acumulación (o no) de cierta cantidad de dinero: sentimientos de éxito, inferioridad, incompetencia, inseguridad, vergüenza, competitividad con, o envidia hacia, el terapeuta. (d) El cliente puede retrasarse en los pagos en lugar de expresar sentimientos negativos hacia el terapeuta por el tema de los honorarios. (e) El cliente puede intentar que el terapeuta le baje sus honorarios al entender que gana mucho dinero. (f) Si el cliente se encuentra en crisis económica, ¿puede aceptar la idea de llegar a un acuerdo?, es decir, ¿que el terapeuta le conceda un crédito?. En estas situaciones suelen aparecer conductas críticas relacionadas con el intercambio básico de dar y recibir en las relaciones personales, y con no querer deber nada a nadie, hasta el punto de ir en su propio perjuicio.

5. *Los "errores" o conductas no intencionadas del terapeuta*. Aquí podemos aplicar el dicho de que "en terapia se aprovecha todo". El mejor de los terapeutas puede llegar tarde a la sesión, tardar un poco más con el cliente anterior, distraerse con alguna fantasía mientras el cliente está diciendo algo importante, olvidarse de hacer una llamada que prometió hacer, o cualquier otra cosa que hace que el cliente se sienta poco importante o incomprendido. ¿Cómo reacciona su cliente ante un terapeuta algo menos perfecto?. Los errores del terapeuta son ocasiones que pueden evocar CCR como: evitar la expresión directa de ira y frustración, problemas asociados a sentimientos de poca valoración de uno mismo y de otros, o reacciones extremas a los errores del terapeuta relacionadas con la idealización de los demás hasta el extremo en que es inevitable la desilusión. Cualquiera de estas conductas puede interferir en el desarrollo de una relación estable.

6. *Los silencios y lapsos en la conversación*. La característica más destacada en la psicoterapia de adultos es que consiste en dos personas que hablan entre sí. Es frecuente que la conversación llegue a puntos muertos y se detenga -ambas personas parecen no tener nada que decir-. Esta situación puede evocar CCR en el cliente, por no hablar del terapeuta. Un lapso en la conversación puede generar ansiedad y confusión, lo que, a su vez, hace aún más difícil reanudarla. El problema reside en esa misma ansiedad, confusión y dificultad para retomarla. Ejemplos de CCR2 en estas situaciones podrían ser aprender a tolerar mejor los silencios, la extinción de la ansiedad y/o el desarrollo de mayores habilidades para retomar la conversación.

7. *La expresión de afecto*. Nos referimos a la muestra de sentimientos resultante del

contacto con los estímulos evocadores de esas respondientes llamadas *emociones* y/o *descripción de sentimientos*. En el Capítulo 4, donde ofrecemos nuestro punto de vista sobre las emociones, aparece una explicación más completa que constituye la base de nuestros comentarios en este apartado. La expresión de afecto tales como tristeza, necesidad, vulnerabilidad, ira o cariño, facilitan el desarrollo y mantenimiento de relaciones más estrechas. Sin embargo, hay muchos factores que dificultan tal expresión. Por ejemplo, muchos clientes tienen problemas para llorar delante de los demás o para expresar apropiadamente su enfado. El malestar que sienten al mostrar fuertes sentimientos entorpece a menudo el tratamiento. Los clientes dicen que mostrar sus sentimientos significaría "ser débil", "venirse abajo", "ser demasiado vulnerable", "no ser capaz de parar", "perder el control" o "que se rían de uno". Las conductas de evitación asociadas a la expresión de sentimientos incluyen: cambiar de tema, hablar sin parar y con gran lujo de detalles sobre temas tangenciales, no hablar, insistir sobre algún objeto de la consulta, o contar en silencio desde mil hacia atrás. En raras ocasiones la CCR consiste en el uso deliberado, por parte del cliente, de la ira o el llanto para controlar la conducta de los demás.

8. *Sentirse bien, hacer algo bien*. Para algunos clientes sentirse bien o hacer algo bien funciona como un estímulo aversivo. Esto les lleva a una evitación conductual consistente en ser y actuar de modo desgraciado y deprimido. Los clientes dicen sentirse asustados, ansiosos, fuera de control, "esperando que algo malo les suceda". Sus historias revelan experiencias en las que fueron castigados de algún modo por sentirse bien, por lo que "sentirse bien" ha adquirido propiedades aversivas. Por ejemplo, un padre celoso y psicológicamente perturbado podría encerrar a su hijo o castigarlo de cualquier otra manera por tener éxito. Sentirse bien también podría ser una señal de perder al terapeuta, puesto que la terapia llegaría a su fin. No hace falta decir que las CCR1 consistentes en depresión y sufrimiento como forma de evitar hacer las cosas bien, o para evitar la finalización del tratamiento, comprometería seriamente el reforzamiento positivo del cliente a largo plazo.

9. *Feedback positivo y expresión de afecto por parte del terapeuta*. Algunos clientes no responden bien a las expresiones positivas del terapeuta. El *feedback* positivo puede entenderse como un reforzador arbitrario, como una señal de aumento de exigencias, o como un aviso de retirada del reforzamiento positivo. Los clientes pueden entonces resistirse, evitar, ignorar o negar de alguna manera lo que dice el terapeuta. Estas reacciones pueden ir acompañadas, además, por sentimientos de desconcierto, desprecio o malestar, y pensamientos tales como "Ahora tendré que responder a estas expectativas o me retirarás tu aprobación", "Todavía no me conoces bien, cuando me conozcas me dejarás", "Sólo dices eso por amabilidad, no te creo". Todas estas reacciones pueden adquirirse en familias en las que el *feedback* positivo se ha asociado con consecuencias aversivas.

10. *Sentirse cercano al terapeuta*. Cuando el terapeuta muestra afecto, preocupación o comprensión, o comparte con su cliente períodos difíciles, éste puede

sentirse cercano al terapeuta. Esos sentimientos suelen acompañar a repertorios de mantenimiento de contacto que pueden incluir: estar más tiempo con la persona, más cercanía o contacto físico, expresión de sentimientos positivos, y hacer cosas para proteger o ayudar a la persona. Sin embargo, estos repertorios conductuales han podido ser castigados en el pasado con pérdidas, rechazos o abandonos. Además, las limitaciones propias de la relación terapéutica (límites de tiempo, contactos restringidos a la sesión, etc.) también suponen un castigo a los "repertorios de intimidad". Cualesquiera que sean las causas, la intimidad suele ser un *Ed* aversivo que lleva al cliente a deshacerse de ella. Puesto que esta evitación puede ser difícil de detectar porque muchas de las conductas que implican intimidad no ocurren en la sesión, el terapeuta ha de confiar en los sentimientos colaterales como guía. Cuando usted se siente cercano a una cliente, ¿se comporta ésta de modo que facilita la intimidad? o ¿muestra conductas que reducen sus sentimientos de cercanía?. Hay una variedad de reacciones de evitación que pueden producir distanciamiento, por ejemplo, volverse crítica, enfadarse, entumecerse interiormente y no sentir nada, decir que ya no necesita venir más, o hacer comentarios que restan importancia a la relación porque sólo es de tipo profesional. Un primer paso para remediarlo implica que la cliente aprenda a hablar sobre las relaciones funcionales (CCR3), como: "Me siento muy cerca de ti y me apetece quedarme contigo, pero sé que no puedo. Y eso me preocupa, así que prefiero distanciarme".

11. *Las características del terapeuta.* Las características estables del terapeuta, como su edad, sexo, raza, peso o atractivo físico, así como sus tendencias conductuales a ser hablador o callado, apacible o impulsivo, expresivo o reservado, flexible o dogmático, pueden evocar CCR. Por ejemplo, un hombre mayor puede recordar al padre; un terapeuta impulsivo o hablador puede producir falta de asertividad acompañada de sentimientos de intimidación y debilidad; un terapeuta delgado puede producir, en un cliente obeso, envidia, abandono y comentarios del tipo "No hay manera de que entiendas mi problema". Todos los terapeutas deberían intentar hacerse una idea de cuáles son sus características y fijarse en sus posibles efectos evocadores de CCR.

12. *Los acontecimientos inusuales.* A veces las CCR más importantes aparecen bajo condiciones poco frecuentes. Ejemplos de estos acontecimientos específicos incluyen: ver al terapeuta con su pareja fuera de la terapia, que la terapeuta se quede embarazada, se rompa una pierna, o deje la ciudad por una emergencia familiar. Todos ellos pueden funcionar como potentes estímulos aversivos que provocan conductas tales como: fuertes sentimientos asociados con la posesión, la rivalidad, la dependencia, la indefensión y la agonía.

13. *Los sentimientos y estados privados del terapeuta.* Las reacciones privadas del terapeuta hacia el cliente pueden ser una buena fuente de información sobre las CCR. Los sentimientos de aburrimiento, irritación o ira en el terapeuta pueden indicar que el cliente se comporta de un modo que probablemente suscitan los mismos sentimientos en otras personas.

Por ejemplo, una cliente se queja de que le cuesta hacer amigos y no sabe por qué. Usted nota que se aburre con ella y le cuesta mantener la atención porque ella habla en un tono monótono sin parar, sobre detalles triviales sin pararse a comprobar si a usted le interesa lo que está diciendo. Por tanto, la autoobservación puede ayudar a identificar esos problemas, así como a detectar las mejorías (CCR2), tales como hablar de un modo más animado, reducir la verborrea y hacer preguntas.

Resumiendo, hemos examinado una serie de situaciones terapéuticas representativas de aquéllas en que los estímulos asociados a la terapia pueden evocar CCR en el cliente. El sistema de clasificación de la conducta verbal, presentado en la primera sección de este capítulo, puede ayudar a incrementar la identificación de las CCR, al centrar la atención del terapeuta sobre las variables sutiles que controlan las verbalizaciones del cliente. Las observaciones de los clientes sobre sí mismos, aquí y ahora, y también sus comparaciones sobre los acontecimientos en la terapia y en su vida diaria, son las descripciones que pueden ayudar a generalizar lo conseguido durante la terapia.

CAPÍTULO IV. El papel de las emociones y los recuerdos en el cambio de conducta

Las emociones y los recuerdos han ocupado siempre un lugar destacado en psicoterapia. Su utilidad es clara, pero su definición y medida son aún esquivas. El conductismo radical, la base de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), ofrece una perspectiva diferente sobre estos temas y su relevancia en la práctica clínica.

EMOCIONES

Mucha gente acusa equivocadamente a los conductistas radicales de mantener la teoría de la caja negra sobre las emociones. Según esta consideración, las emociones ocurren dentro de la persona (la caja negra) y, por tanto, carecen de interés para el analista de conducta. Como señalábamos en el Capítulo 1, en realidad son los conductistas metodológicos los que mantienen este punto de vista. Por el contrario, los conductistas radicales piensan que "lo que la gente siente a menudo es tan importante como lo que hace" (Skinner, 1989, p. 3).

En este capítulo, diferenciamos entre *sentir*, que se utiliza como verbo, y *sentimiento*, como un nombre. Como verbo, sentir es una actividad, un tipo de acción sensorial, como ver u oír. Cuando su función es un nombre, sentimiento se usa de modo intercambiable con los términos *emoción* y *afecto*. Lo mismo que hay objetos que se ven, cuando se utiliza como un nombre "sentimiento" es el objeto que se siente, como en "siento un sentimiento". Sin embargo, ¿cuál es el objeto que sentimos cuando nos sentimos deprimidos? Otros objetos, como un helado, pueden verse, tocarse y paladearse, es decir, el objeto (el helado) puede conocerse de varias formas. Si no estamos seguros de lo que estamos viendo, podemos saborearlo o incluso preguntar a alguien "¿qué es esto?". Pero no es éste el caso cuando el objeto es la depresión o la ansiedad, sólo podemos sentirlas.

El punto de vista conductual afirma que lo que sentimos es nuestro cuerpo. De nuestros tres sistemas nerviosos sensoriales -*exteroceptivo, interoceptivo* y *propioceptivo*- los dos últimos están implicados en el proceso de sentir. El sistema nervioso propioceptivo transmite la estimulación desde los músculos, articulaciones y tendones, y está implicado en el movimiento y la postura. El sistema nervioso interoceptivo transmite esa estimulación desde las vísceras, como la vejiga y el estómago, así como desde las glándulas, vasos sanguíneos y sistema vascular. Estos dos sistemas nerviosos son estimulados por aquellas partes del cuerpo involucradas en el miedo, la ira, la depresión, la ansiedad,

la alegría, el placer, etc. Sin embargo, se sabe relativamente poco sobre los órganos particulares implicados en los diferentes sentimientos que experimentamos. Esta escasez de conocimiento es especialmente notoria cuando la comparamos con lo que sabemos sobre el sistema exteroceptivo. Este tercer sistema nervioso sensorial está implicado en la vista, el oído, el olfato y el tacto, y los órganos sensoriales específicos están claramente identificados: el ojo, la oreja, la nariz y la piel.

Hasta ahora hemos visto (1) la actividad de sentir o notar la emoción, y (2) el objeto sentido -el cuerpo-. La pregunta que planteamos ahora es: "¿cómo llega el cuerpo a ese particular estado y que podemos sentir?". Nuestra respuesta asume que el estado del cuerpo es "un efecto colateral de causas ambientales" (Skinner, 1974, p. 242). Así, para cada conducta hay un estado corporal correspondiente. Por ejemplo, cuando desarrollamos esa conducta particular que clasificamos como "hablar", el sistema oseomuscular y el sistema nervioso están en un estado particular que cambian conforme se van pronunciando las palabras. Cuando decimos la palabra "hola", los numerosos músculos implicados en esta tarea están en una posición particular que cambia cuando continuamos diciendo "¿cómo estás?". De forma similar, cuando estamos implicados en las conductas respondientes y operantes que llamamos conducta emocional, también hay estados corporales correlacionados con esas respuestas. De una forma gráfica, estos estados pueden suponer cambios en la tasa cardíaca, dilatación pupilar, vasoconstricción, secreciones glandulares y contracciones musculares. Actualmente, nuestros conocimientos excluyen una medición fisiológica precisa de esos estados. De todos modos, lo relevante para nuestra discusión es que una persona experimenta diferentes estados corporales, conocidos solamente por ella, en correspondencia con diferentes emociones.

Las respuestas emocionales respondientes y operantes son evocadas por situaciones particulares. Por ejemplo, Skinner (1953, p. 166) describe una situación en la que un hombre era criticado en el trabajo. Este hombre reaccionó con un patrón de respuesta emocional conocido como *ira*. Este patrón incluye las siguientes respuestas: (1) conductas respondientes -el hombre se ruborizó, le sudaban las manos, se le cortó la digestión y su cara adoptó la expresión típica de ira (ceño fruncido, ventanas de la nariz abiertas, labios apretados), y (2) conductas operantes -hablaba secamente a sus compañeros de trabajo, dio un portazo, pateó a un gato y estuvo observando una pelea callejera con especial interés. Hay un estado corporal correlacionado con ese patrón de conductas operantes y respondientes. Si ese hombre se hubiese dedicado a observar la actividad que sentía en esos estados corporales, podría *sentir* enfado. Sin embargo, cualquiera que observase a esta persona diría que *estaba* enfadada, pese a que el hombre no llegara a notar su propia ira.

Esta descripción de la respuesta global de este hombre ante la crítica en el trabajo, que incluye tanto las conductas respondientes como las operantes, no pretende ser una descripción completa y precisa de la ira. Por el contrario, es simplemente la descripción de las respuestas de ese hombre en ese momento, y que son consideradas por otros y por él mismo como ira. En general, la

variedad y matices de la emoción sugieren que intentar clasificarlas definitivamente sería casi imposible.

A veces los clientes se lamentarán de que se sienten de una manera, pero actúan de otra. Esta afirmación parecería no tener sentido desde un punto de vista conductual, puesto que todo lo que podemos sentir son estados corporales, que son colaterales a las acciones (respuestas). De este modo, el cliente tiene dos estados corporales que puede sentir, pero sólo identifica como sentimiento a uno de ellos. Una interpretación conductual de esta afirmación es que el estado corporal asociado a las respondientes se experimenta más intensamente que el asociado a las operantes. A menudo la conducta operante afecta a la conducta respondiente, pero cuando no lo hace, el resultado es sentirse de un modo y comportarse de otro. Por ejemplo, supongamos que el hombre enfadado del ejemplo anterior se comportara como se ha descrito, excepto en que acarició al gato y mostró una sonrisa forzada. Si ahora él dijera que *actuó* amablemente pero *se sintió* enfadado, los sentimientos a los que se refería eran los asociados con la ira, pero no los estados corporales asociados con sonreír o acariciar al gato. Si asumimos que en realidad puede sentir los estados corporales colaterales de acariciar al gato y sonreír tanto como otras respuestas, sería más lógico que dijese, "me siento de dos modos diferentes, pero uno de ellos (los colaterales de sonreír y de acariciar) no corresponde a cómo me siento de verdad". El origen de estos dos modos diferentes de sentir tiene que ver con las razones para acariciar al gato y para sonreír. En concreto, él podría darse cuenta de que acariciar al gato y sonreír son el resultado de contingencias sociales que le hacen "ser tranquilo y civilizado". El no considera que los sentimientos asociados a la conducta causada por esas contingencias sean relevantes para sus verdaderos sentimientos.

Como ya indicábamos, a veces los problemas clínicos implican un escenario contrario; es decir, lo que el cliente identifica como sentimientos verdaderos son los asociados a las respuestas públicas bajo control de contingencias, y no se percata de sus respuestas privadas (p.ej., el hombre podría decir que sentía cariño por el gato y no notaba sus sentimientos de ira). En tales casos podemos decir que el cliente no tiene contacto con sus sentimientos, y la labor del terapeuta consistiría en transferir el control a esos estados corporales que son más privados.

El aprendizaje del significado de los sentimientos

El proceso por el que aprendemos qué son nuestros sentimientos es más importante para el terapeuta que la propia actividad de sentir. No nacemos sabiendo lo que son nuestras emociones, como tampoco nacemos sabiendo qué es un árbol. Esto nos lo tienen que enseñar nuestros padres. Puesto que el objeto que se ha de sentir es privado, los padres que intentan enseñar al niño a identificar (tactar) los sentimientos están en desventaja. Al enseñar al niño a tactar un objeto público como un árbol, los padres pueden señalar al árbol, decir su nombre y reforzar una respuesta como "abo". Después de varias experiencias parecidas, el estímulo público, el árbol, controla la respuesta "árbol". En el caso de los sentimientos, los estímulos que esperamos

adquieran control son estados corporales privados. Para lograrlo, los padres deben reparar en los estímulos públicos, y tratar de adivinar qué está pasando en el niño basándose en esos estímulos públicos, pronunciar los nombres de esos supuestos estímulos privados y reforzar la respuesta correcta. Por ejemplo, los padres pueden fijarse en estímulos públicos como la hora del día y en que el niño está llorando, y suponer que está presentes los estímulos privados del hambre. Los padres animan entonces a su hijo a decir "nene come". Con el tiempo, si los padres han sido cuidadosos, los estímulos privados de hambre serán tactados como "tengo hambre".

Este proceso de aprendizaje tiene varios resultados. Primero, que tactar y discriminar los sentimientos no alcanza la fiabilidad de tactar objetos públicos, como piedras o aviones. Segundo, en el caso de los sentimientos, los estímulos públicos pueden adquirir, inadvertidamente, un control parcial sobre el tacto porque los padres no pueden estar siempre seguros de qué sentimiento privado está presente basándose en esos estímulos públicos. Por ejemplo, algunas veces los padres pueden decir "la niña está contenta" basándose en su sonrisa, cuando en realidad el estímulo privado sólo son gases. En otros casos, la sonrisa es un indicativo fiel de la felicidad que está presente de forma privada, y entonces "la niña está feliz" se ajusta mejor al criterio. Conforme se desarrolla esta niña, el significado de la palabra *feliz* dependerá de la frecuencia con que los estados corporales internos de felicidad estén presentes cuando se ayuda a la niña a decir "feliz". Los casos en que el niño en realidad esté enfermo o dolorido en situaciones aparentemente "felices" (p.ej., una fiesta de cumpleaños), interferirán sus estados corporales privados, de forma que estos estados ganen mayor control sobre su fiabilidad para tactar sus sentimientos, a menos que alguien le advierta y le diga "pareces enferma". En esencia, el significado de la felicidad para la niña es el resultado de un entrenamiento en discriminación similar al obtenido en las tareas de formación de conceptos. En estas tareas, se presentan estímulos complejos en series de ensayos (p.ej., círculo grande azul, círculo pequeño azul; círculo grande rojo, círculo pequeño azul; triángulo rojo grande, triángulo verde pequeño) en las que sólo ciertos aspectos de los estímulos son relevantes para el concepto (p.ej., "el más grande"). Después de un número suficiente de ensayos, estos aspectos relevantes llegan a controlar el concepto.

Dado que los padres usan estímulos públicos para identificar el sentimiento que se ha de tactar, inadvertidamente el niño puede quedar bajo control parcial de estos mismos estímulos. Este fenómeno de control público inadvertido sobre un sentimiento aparece con frecuencia en la literatura de investigación sobre el control del hambre. Los estímulos públicos, tales como la hora del día (la hora del almuerzo) y el atractivo de los alimentos, pueden derivar en "tengo hambre". Como mostramos en el Capítulo 6, no sólo queda controlada la conducta verbal, sino la experiencia en sí misma: es decir, la persona realmente experimenta hambre aun cuando la respuesta está fuertemente controlada por el reloj, que indica que es mediodía, y sólo mínimamente por lo lleno que pueda tener el estómago. Una implicación interesante de esta perspectiva es que si fuera posible sentir los sentimien-

tos de otra persona, se experimentarían como similares o diferentes a los nuestros, dependiendo de las fuentes de control. Así, si su hambre estuviese controlada por los estímulos privados producidos en el estómago, y también pudiera sentir el hambre de otra persona que está controlada por estímulos externos, se encontraría que ambas experiencias serían muy diferentes. Los únicos sentimientos en común serían los asociados con la tendencia a comer y a buscar comida.

Dadas las condiciones bajo las que se adquiere el tactar los sentimientos, cualquier emoción podría quedar parcialmente bajo control público, dando como resultado una confusión o denominación incorrecta de la experiencia interna.

Los sentimientos como causas de la conducta

Una emoción o sentimiento es un estado del cuerpo. Para cada respuesta hay un estado corporal correspondiente. Por ejemplo, cuando corremos podemos sentir simultáneamente un estado corporal. Aunque están presentes a un tiempo el correr y los sentimientos colaterales, no decimos normalmente que el correr está causado por el sentimiento. En su lugar, podríamos decir que corremos para coger el autobús. Es decir, no atribuimos un papel causal a los sentimientos cuando, como en el caso de correr para coger el autobús, puede identificarse claramente una causa externa.

Sin embargo, hay otras ocasiones en que no se conocen o no se han identificado claramente causas externas. Por ejemplo, una mujer que corre a diario podría haber olvidado o no haber sido nunca consciente de las condiciones externas que le hacen correr todos los días (p.ej., sus mejores amigas también lo hacen, se fortalece su cuerpo o recibe cumplidos por parte de los demás por su buen aspecto). Bajo estas condiciones tendemos a atribuir la causa a ese estado corporal colateral que sentimos. Así, la corredora podría decir que corre porque le gusta. Del mismo modo, alguien que está comiendo puede decir que lo hace porque tiene hambre. Esto significa, normalmente, que no han sido identificados ni los antecedentes del sentimiento colateral de hambre ni los del comer, y por tanto se le otorga al sentimiento un estatus causal.

También otras situaciones llevan a considerar como causas a los sentimientos. A menudo el sentimiento se nota antes de emitir la conducta. Podemos tener hambre sin comer, enfadarnos sin ser agresivos y asustarnos sin salir huyendo. En estos casos nos sentimos propensos a actuar pero no lo hacemos. Puesto que la acción está ausente o el sentimiento precede a la acción, se tiende a atribuir un estatus causal a ese sentimiento.

El problema al atribuir un estatus causal a un estado corporal colateral es que puede dirigir la atención lejos de los factores que causan tanto la conducta (o tendencia a actuar) como el sentimiento colateral.

Por ejemplo, Jan, una cliente del segundo autor que tenía problemas de perseverancia para conseguir sus objetivos, atribuía su falta de éxito a "un defecto fatal de mi carácter, una incapacidad para apoyarme a mí misma". Dándole muchas vueltas e intentando cambiar estos estados internos que supuestamente eran los responsables de que no acabase su graduación y la escuela profesional, Jan sólo conseguía sentirse

peor consigo misma y más desesperada cada vez. Le pregunté qué era lo que la había mantenido durante seis años en terapia conmigo y contestó: "Distintas cosas en distintos momentos –todos mis amigos están en terapia, hábito, desesperación, esperanza, una sensación de hacer algo, mi apego hacia ti, sentirme valorada por ti-". Le sugerí que uno no podía cumplir unas tareas muy exigentes en el vacío, sin apoyo externo, y que ella lo encontraba en mí y en sus amigos, todo ello le ayudaba a mantenerse durante los momentos difíciles en la terapia. Por el contrario, sus padres no estuvieron de acuerdo con las asignaturas que eligió en el instituto, y no permaneció en él suficiente tiempo como para hacer amigos o para aprovechar su estancia en el sentido de disfrutar de experiencias beneficiosas. Al centrarse en las condiciones externas que le llevaban a sus éxitos y fracasos, y al considerar los estados internos o sentimientos como colaterales, Jan se sintió más esperanzada para poder cambiar su conducta. No obstante, pese a que los sentimientos no causan la conducta, la expresión de esos sentimientos juega un papel importante en la FAP, como veremos más adelante.

Hayes (1987) ha desarrollado un sistema terapéutico para los problemas de aquellos clientes que ven sus sentimientos como causas. De acuerdo con Hayes, el considerar erróneamente los sentimientos como causa, lleva a los clientes a buscar la eliminación de pensamientos y sentimientos como forma de cambiar su conducta y llevar una vida mejor. Sin embargo, los esfuerzos dirigidos a la eliminación de sentimientos fallan de manera fundamental porque el problema no es el sentimiento en sí mismo, sino los esfuerzos del cliente por cambiar ese sentimiento. El sistema terapéutico de Hayes, conocido como "distanciamiento comprehensivo"[4], es un enfoque ingenioso que utiliza la metáfora y los métodos experienciales para desmontar los planteamientos poco efectivos del cliente para solucionar sus problemas.

La expresión de sentimientos

La expresión de sentimientos hace referencia a un continuo conductual. Un extremo de ese continuo se refiere a lo que denominamos *comunicación de sentimientos*. Son conductas operantes verbales cuyo propósito es informar a otros sobre los sentimientos del hablante. "Estoy enfadado" y "te quiero" son ejemplos de ello. En el otro extremo del continuo está la *muestra de sentimientos* -conductas respondientes no verbales que son evocadas automáticamente-. Estas respondientes podrían incluir el rubor, la risa, expresiones faciales primitivas o el sollozo. En diferentes puntos de ese continuo están las respuestas parcialmente respondientes pero que además han sido moldeadas por las contingencias. Algunos ejemplos son el llanto, que ha sido parcialmente moldeado por la atención que recibe, el atropello de palabras motivado por algo penoso, la exclamación "!ay¡" evocada por un estímulo doloroso que también muestra los efectos de las contingencias (p.ej., en chino es "ai-yoh").

La expresión de sentimientos puede ser muy útil en algunas situaciones, particu-

4 *Nota del traductor: Esta técnica es conocida actualmente como Terapia de Aceptación y Compromiso.*

larmente en el desarrollo y mantenimiento de relaciones íntimas. Dado que las dificultades en las relaciones íntimas son un problema frecuente, la inadecuada expresión de sentimientos frecuentemente es el objetivo de la FAP. Las relaciones íntimas suponen, por definición, una sensibilidad a los efectos de la conducta de una persona sobre otra. Normalmente, los padres son bastante conscientes de los efectos reforzantes y punitivos de su conducta sobre sus hijos. La conducta de los padres, a su vez, es moldeada por el niño. Este proceso ocurre, en parte, porque los padres son sensibles a los matices de las reacciones de los niños. Sin embargo, independientemente de la sensibilidad del padre, la intimidad sólo es posible si el niño expresa sentimientos. En el caso de las relaciones íntimas entre adultos, la expresión de sentimientos juega el mismo papel.

La expresión de sentimientos también aumenta la probabilidad de que se satisfagan las necesidades propias (obteniendo reforzamiento de los demás). Estas necesidades pueden satisfacerse porque una expresión de sentimientos que sea efectiva puede evocar en el oyente alguno de los mismos estados corporales que ha expresado el hablante. Este proceso es útil porque así los oyentes pueden predecir mejor la conducta de su interlocutor, preguntándose a sí mismos: (1) cómo se comportarían si ellos mismos tuviesen esos sentimientos expresados, o (2) qué tipos de conducta acompañaron a la expresión de esos sentimientos por parte de esa persona en el pasado. Conocer bien a otra persona implica ser capaz de predecir lo que esa otra persona hará (incluso predecir qué podría ser reforzante para ella). Las relaciones íntimas parece que requieren saber bastante bien qué esperar de la otra persona y, por tanto, requieren expresar emociones.

De los dos tipos de expresión emocional (comunicar y mostrar sentimientos), las frases verbales (comunicar sentimientos) como "estoy feliz" o "me siento triste" tienen la ventaja de ser fáciles de discriminar. Sin embargo, la utilidad de los tactos simples es limitada porque la variedad y los matices de los sentimientos superan con creces las descripciones simples con una palabra. La descripción del estado corporal no suele ser tan efectiva como el uso de metáforas, analogías, o la descripción de condiciones externas que pueden provocar ese sentimiento. Lo que sigue son ejemplos de tales descripciones dadas por nuestros clientes: (1) Sentimiento de no sentirse totalmente integrado: "Es como cuando intentas poner una tuerca en un tornillo que es casi de la misma medida, pero la rosca es un poco distinta. La cosa casi va y sigues intentándolo, pero no hay manera". (2) Miedo: "Es como cuando voy bajando por un callejón oscuro, oigo pasos tras de mí y acelero el paso, y oigo que las pisadas van más rápido también". (3) Terror: "Es como si estuviera completamente solo en casa y se fuera la luz. Entonces oigo un intruso moviéndose por el sótano y pienso que intenta matarme. Descuelgo el teléfono para pedir ayuda y no hay línea".

Por otra parte, también hay desventajas en el uso de la comunicación de sentimientos como medio de expresión emocional. La principal es que el significado del sentimiento puede ser altamente idiosincrásico debido a la ambigüedad de los estímulos de control. La afirmación "me siento deprimido" puede tener poco en común con otra

afirmación idéntica. Una desventaja más es que es fácil engañar con la conducta verbal. Por ejemplo, puede decirse "te quiero" para conseguir sexo o para que le hagan a uno regalos caros. Además, la sensibilidad de la conducta verbal a las contingencias sociales puede hacer que se diga lo que resulte socialmente apropiado más que lo que se sienta en realidad.

Las ventajas de mostrar los sentimientos (como opuesto a comunicar sentimientos) es que éstos están menos sujetos a las contingencias, y por tanto son más espontáneos y es menos probable que lleven a engaño. Por ejemplo, aunque es posible fingir llanto, es relativamente difícil hacerlo de una forma convincente. Igualmente, es casi imposible detener el rubor a pesar de las consecuencias negativas. Para la mayoría de la gente, el rango y matices de la expresión de emociones son mayores cuando se muestran emociones que cuando se describen verbalmente. Por estas razones, la muestra de sentimientos es particularmente útil en la FAP como indicador del contacto con variables importantes.

La evitación de sentimientos

Hasta ahora hemos hablado de una de las causas por la que los clientes tienen dificultades para expresar sentimientos; es decir, los clientes pueden no saber cómo se sienten porque nunca aprendieron a estar bajo control privado de sus estados corporales. Sin embargo, la escasa expresión de sentimientos también puede proceder de un castigo reiterado en numerosos contextos. De niños, la expresión de sentimientos podría haber sido castigada por los padres porque era inconveniente o molesta. Paradójicamente, la fuente más importante de castigo se deriva de uno de los usos de la expresión de sentimientos comentada en el epígrafe anterior -expresar sentimientos permite que los demás nos conozcan y puedan predecir nuestra conducta-. Aunque ese conocimiento facilita el reforzamiento positivo en una relación íntima, también puede producir castigo si se usa contra nosotros. Quizás esto explique por qué la expresión emocional se describe a veces como "ser vulnerable".

La expresión de sentimientos se castiga con frecuencia en la edad adulta porque la mayoría de las culturas mantienen prohibiciones sustanciales sobre mostrar emociones (Nichols y Efran, 1985). La razón de este castigo cultural está en que esa manifestación implica que la persona está "desconcentrada" y sin atender a la tarea que se trae entre manos. Esto parece ser cierto para un amplio rango de situaciones. Un tendero que responde emocionalmente porque una cliente le recuerda a su madre agresiva puede sufrir consecuencias negativas, lo mismo que un piloto de avión que "se viene abajo" en una emergencia. Es frecuente que por el bien de la cultura se limite la expresión de afecto. El lado negativo de esta limitación se encuentra en los problemas que causa en las relaciones personales, especialmente en las relaciones íntimas.

Cuando se castiga la expresión de sentimientos, también se vuelven aversivas las condiciones que evocan esas respuestas emocionales, y por tanto también son evitadas. Por ejemplo, si se castiga a un niño por mostrarse y comportarse cariñosamente, las situaciones que suscitan afecto pueden volverse igualmente aversivas. Sentirse cariñoso (el estado corporal asociado al

cariño) también puede adquirir propiedades aversivas porque se asocia con el castigo. Es importante señalar que los sentimientos aversivos no causan la evitación de afecto, sino que es el castigo el que causa esta evitación y también la evitación de sentimientos aversivos. Para salvar este problema, podríamos centrarnos no directamente en los sentimientos aversivos, porque no son más que un estado colateral, sino más bien centrarse en las condiciones que evocan esos sentimientos aversivos. Así, el objetivo del individuo sería no seguir evitando las condiciones que evocan afecto, de forma que puedan experimentarse nuevas consecuencias reforzantes y positivas.

Hablando en general, el limitar tales expresiones de sentimientos va en beneficio de la persona que está bajo castigo. El proceso conductual involucrado en la limitación de esa expresión afectiva simplemente es la evitación. Del mismo modo que una rata evita correr por un pasillo porque al final encuentra castigo y en su lugar corre por otro pasillo diferente, también la gente evita atender a ciertos aspectos de una situación que provoca castigo, y atiende a otros. Técnicamente, uno puede bien (1) evitar las condiciones que provocan el estado corporal (p.ej., evita tener relaciones sexuales); o bien (2) no evitar tales condiciones, pero, en su lugar, evitar sentir el estado corporal (p.ej., "evadirse" durante las relaciones sexuales). Los problemas de los clientes a menudo son resultado de esta atención y evitación selectivas. Como resultado, el objetivo del tratamiento clínico a menudo son las experiencias y recuerdos aversivos del cliente, es decir, aquellos evocados por las situaciones que el cliente tiende a evitar.

Grado de contacto con las variables de control

La FAP implica el aprendizaje de nuevas conductas. Sin embargo, la conducta no puede separarse de su contexto. Para el terapeuta FAP, la misma conducta en contextos diferentes tiene significados totalmente distintos. Por tanto, el aprendizaje de nuevas conductas durante la FAP no tendría ningún sentido, a menos que el contexto de la sesión tuviese relevancia para la vida diaria. Por ejemplo, el enfoque del entrenamiento en habilidades sociales para la asertividad puede tanto ser efectivo como no serlo en absoluto. Que no tiene éxito, probablemente sea debido a que la nueva conducta se ha aprendido fuera de un contexto relevante. Es decir, los clientes fueron instruidos para actuar asertivamente en un contexto diferente de aquél en que lo necesitaban. Al seguir las instrucciones del terapeuta para ser asertivos los clientes están siendo, de hecho, sumisos. Desde el punto de vista de la FAP, estos clientes tendrían mejores oportunidades para aprender a ser asertivos en su vida cotidiana si no quisieran hacer los ejercicios de asertividad y se negasen a ello. Es importante, por tanto, que el contexto de la vida diaria esté operando durante la sesión. La presencia de CCR es mejor indicador del contexto de la vida diaria. Por otra parte, las CCR estarán en la sesión en la medida en que se esté en contacto con las variables de control.

Lo que se quiere decir con el grado o nivel de contacto no es más que la relación existente entre la relevancia de un estímulo discriminativo (*Ed*) en una caja de Skinner y el control ejercido por ese estímulo. Si se usa una luz tenue para indicar la disponibilidad de comida al apretar una palanca,

y la luz se enciende mientras la rata se está alejando de ella, la luz tendrá escaso o nulo efecto sobre la conducta de presión de la palanca. Otra forma de describir la débil relación entre la luz y la presión de la palanca es que la rata está sólo parcialmente, si lo está en algo, en contacto con el estímulo. Podríamos observar un mayor control del *Ed* sobre la conducta si en los siguientes ensayos se incrementara la intensidad de la luz y la rata se orientara hacia ella. Diríamos entonces que la rata tiene más contacto con las variables de control.

Como analogía de la situación de terapia en la que un cliente aprende a reaccionar de una manera diferente, podríamos suponer que necesitamos cambiar la conducta de la rata del ejemplo anterior de manera que, en lugar de apretar la palanca, se rascara la cabeza cada vez que se encendiera la luz. El procedimiento para entrenar esa nueva respuesta consistiría en reforzar el rascado de la cabeza solamente cuando estuviese encendida la luz. Huelga decir que sería imposible conseguir que la rata se rascara la cabeza bajo control de la luz, y dejara de presionar la palanca al mismo tiempo, cuando la rata no estuviese en contacto con la luz. No habría oportunidades para el entrenamiento. Esta situación es comparable a la dificultad que tendría un cliente para aprender nueva conducta durante la sesión sin que estuvieran presentes los estímulos de control relevantes. Por ejemplo, un cliente cuyos problemas de conducta sólo aparecen en situaciones íntimas, tendrá dificultad para aprender nuevas conductas si durante la sesión no se da una situación íntima que evoque sus problemas.

Contactar con las variables de control puede evocar conducta tanto operante como respondiente. Por ejemplo, la luz de la caja de Skinner puede servir simultáneamente como un *Ed* que controla la presión operante de la palanca y también como estímulo condicionado que evoque probablemente salivación y otros cambios autonómicos. De forma similar, el cliente que toma contacto con las variables de control puede mostrar conducta tanto operante como respondiente. Por ejemplo, una interacción íntima entre el terapeuta y un cliente con problemas de intimidad, podría producir dos efectos simultáneos. Uno podría ser la muestra de sentimientos con lágrimas y tristeza (conducta respondiente), y otro podría ser una CCR consistente en un intento de acabar la terapia (conducta operante).

Dependiendo del grado de contacto, la luz tendrá mayor o menor efecto discriminativo y evocador, y por tanto, mayor o menor efecto sobre la conducta de la rata. De la misma manera, durante la FAP un cliente puede contactar en mayor o menor medida con las variables de control. En consecuencia, mostrará más o menos respondientes y operantes asociadas.

Además de proporcionar nuevas oportunidades de aprendizaje, el limitar la evitación e incrementar el contacto con las variables de control produce el efecto de disminuir la evitación generalizada y aumentar el contacto generalizado con el mundo. Creemos que la evitación en una de las áreas de la vida que tiene más repercusiones generalizadas, y que son diferentes para cada persona. Por ejemplo, si uno evita llorar también puede evitar la demostración de afecto en general, y podría tener dificultades para experimentar sentimientos intensos de cualquier tipo, incluidos el entusiasmo y la alegría.

El caso de Jonathan, un cliente del segundo autor, es un ejemplo de cómo la evitación en un área aparentemente pequeña tiene importantes ramificaciones. Había estado viniendo a terapia dos veces en semana durante dos años y había conseguido enormes progresos -dejó de beber, tomó contacto con, y trabajó el hecho de, haber crecido en una familia disfuncional, aprendió a describir sus sentimientos, desarrolló un sentido más sólido de sí mismo y empezó a desarrollar una relación íntima en la que había una gran correspondencia-. Estaba yendo tan bien que hablamos sobre dejar la terapia, pero había algo que me preocupaba. Cuando le pregunté por sus sentimientos hacia mí me respondió que no tenía ninguno. Dijo estarme agradecido por mi ayuda, pero que se trataba de una relación estrictamente profesional y que no era lo propio que tuviese hacia mí sentimientos como los que tenía hacia otras personas en su vida diaria. Se me ocurrió la idea de que no hubiese una equivalencia funcional entre nuestra relación y sus relaciones externas, ya que esas relaciones parecían haber mejorado mucho sin que nos hubiésemos centrado mucho en la nuestra. Pero también le dije que me gustaría que explorase la posibilidad de que evitar tener sentimientos hacia mí pudiese indicar que, además de eso, estuviera evitando otras cosas de las que no nos habíamos dado cuenta. Empezamos a centrarnos mucho más en nuestra relación y Jonathan estuvo de acuerdo en prestar más atención a cualesquier sentimiento que tuviese hacia mí. Pero comenzó diciendo que cuando empezara a notar sentimientos cálidos hacia mí los interrumpiría de inmediato. Así que bloqueé su evitación centrando el foco de la terapia en esos sentimientos y reacciones hacia mí. Esto nos llevó a pensamientos como "no merezco tener buenos sentimientos, querré implicarme más de la cuenta y al final acabaré decepcionado, se destrozaría nuestra relación y me sentiría demasiado vulnerable". Durante los meses siguientes lo estuve animando a mantener la atención sobre nuestra relación, sobre el modo en que yo expresaba mi cariño y sobre cómo él interrumpía sus sentimientos hacia mí. Empezó así a desarrollar sentimientos más intensos hacia mí, hasta que un día vino y me dijo: "La pasada noche noté esa conexión en mi cuerpo y me sentí verdaderamente bien. No había sentido eso durante mucho, mucho tiempo [*empieza a ponerse a llorar*]... desde que era un niño... una sensación de pureza interna, me sentía desahogado. Yo solía ser un niño muy bueno [*llora*], amable, honesto, consciente... Creo que tengo este algo, como sentimientos que no debería tener, como sentimientos cálidos hacia mi madre, sexuales hacia mi psicóloga, y de felicidad como un niño". Jonathan reveló también que tenía problemas para alcanzar el orgasmo durante las relaciones sexuales, y que lo que experimentaba cuando se acercaba al orgasmo era algo parecido a los que tenía cuando evitaba tener sentimientos hacia mí. En resumen, la exploración de un área de evitación de Jonathan permitió que se abriese a otras experiencias que ninguno de los dos hubiésemos podido imaginar.

El punto de vista de la FAP sobre las emociones puede contrastarse con las concepciones mentalistas predominantes. Muchos sistemas psicoterapéuticos, y la gente en general, ven las emociones como algo que puede ser almacenado, reprimido y descargado. A pesar de lo atractivo de estas

nociones, nos dejan siempre con la duda de dónde se almacenan, y, cuando se descargan, adónde van, y qué queda en su lugar. Entender las emociones como entidades hace que nos preocupemos por ese tipo de cuestiones, y nos distrae del hecho de que ocurren en un contexto que forma parte de la experiencia y la conducta de la persona.

RECUERDOS

Los clientes tienen dos modos de recordar las experiencias tempranas que son útiles para la psicoterapia. Uno de ellos tiene lugar espontáneamente en el curso de la conversación. Por ejemplo, mientras hablaba del dinero que debía al terapeuta, una cliente recordó espontáneamente que su familia fue desahuciada de un apartamento cuando ella era niña porque su padre se había gastado en el juego el dinero del alquiler. El otro tipo de recuerdo es el provocado directamente por el terapeuta. Por ejemplo, un cliente que recuerda vagamente un episodio de incesto, podría ser animado a pensar sobre ese episodio y recordar más acerca de lo sucedido. El punto de vista conductual sobre estos dos tipos de recuerdo constituye una opinión bastante diferente de las nociones predominantes sobre los recuerdos y cómo se recuperan. De hecho, el conductismo radical no cree que exista tal cosa llamada "recuerdo" y que se encuentra almacenada en la mente. Sí creemos, no obstante, en el acto de "recordar" y que este proceso es importante en FAP.

Nuestro punto de vista es que recordar es el proceso conductual de ver, oír, oler, tocar y saborear estímulos que no están presentes. Para explicar este más que inusual enfoque de los recuerdos, hablaremos sólamente sobre ver estímulos no presentes, puesto que nuestros argumentos se aplicarían igualmente a los otros sentidos.

Permítasenos empezar con la noción de que ver es una conducta. Cuando vemos un tulipán hay una actividad privada en marcha. No podemos describir muy bien esa actividad porque es privada y no hemos aprendido a hablar de ella. Se trata, sin embargo, de la conducta privada asociada con la actividad fisiológica que se da cuando vemos algo. La actividad privada de ver, sin embargo, no es la actividad fisiológica. Quizás una comparación con el habla ayude a aclarar este punto. Hablar es una conducta. A diferencia del ver, podemos describir el hablar porque es público y hemos aprendido a describir este tipo de actividad pública. Como en el ver, hay una actividad fisiológica asociada con hablar. Pero, como en el caso de ver, hablar no es la actividad fisiológica.

Hablar proporciona estímulos discriminativos, es decir, podemos oír las palabras pronunciadas, describir movimientos bucales y demás. Ver también proporciona un complejo rango de estímulos discriminativos. Los estímulos discriminativos que proporciona el ver son los objetos que se ven. Así, la experiencia que tenemos cuando vemos un objeto es el resultado de los estímulos discriminativos generados por la conducta de ver.

Recordar, la conducta de ver en ausencia de un objeto, puede ocurrir de dos formas. Primera, puede darse un ver condicionado respondientemente, es decir, el cliente ve X porque X ha sido asociado con otros estímulos en el pasado. Por ejemplo, consideremos la palabra *siete*. Algunas personas pueden haber experimentado un breve flash del número 7 en el ojo de su mente

cuando vieron la palabra escrita. Nosotros mantenemos que esto es un ejemplo de ver, respondientemente condicionado, en ausencia del objeto visto (el número 7). De forma similar, recordar una cena deliciosa en un restaurante puede ser evocada por el hecho de dirigirse hacia ese restaurante. Nancy (cuyo caso se expone hacia el final de este capítulo) recordó espontáneamente una experiencia de separación, previamente olvidada, en casa de una tía suya cuando era pequeña. Probablemente fue el resultado de estar en contacto con algunos de los estímulos que habían estado asociados con el trauma original. Así, durante la sesión, había algunos estímulos indicativos de separación (el terapeuta le anunció que se iba de vacaciones) que habían estado asociados con los estímulos presentes en la casa de su tía, y ocurrieron respuestas de ver respondientemente condicionadas (recordar). Esta forma de entender el recordar es consistente con la extensa literatura existente sobre el aprendizaje dependiente del estado. Esta literatura muestra que se facilita el recuerdo cuando en la situación actual hay estímulos parecidos a los que había presentes cuando sucedió el episodio recordado (Catania, 1984). Antes de la rememoración, este recuerdo estaba inhibido porque el cliente evitaba el contacto con los estímulos relevantes que podían haber evocado tanto el recuerdo como el afecto. Desde este punto de vista, entonces, la rememoración espontánea de acontecimientos traumáticos es un efecto automático del contacto con las variables relevantes, y también sirve como un indicador o marcador de la presencia de esas variables de control relevantes. Una vez que ha ocurrido el contacto, pueden aprenderse nuevas conductas y más adaptativas. De este modo, de acuerdo con el criterio de la FAP, el problema principal producido por el trauma es que evitamos los estímulos actuales que nos recuerdan ese trauma.

Cuando se le pide a un cliente que recuerde un acontecimiento, decimos que es una operante en ausencia del estímulo. A diferencia del ver condicionado respondientemente, que es evocado por un estímulo presente que fue asociado con otros estímulos en el pasado, en el caso del ver operante se ve afectado por otros estímulos discriminativos y verbales, estados de deprivación y reforzamiento. Es decir, el ver operante en ausencia de un estímulo presente, ocurre porque en el pasado se ha reforzado esa visualización. Desde este punto de vista, cuando le pedimos que recuerde cómo es su habitación, usted lleva a cabo la misma (o similar) conducta privada de ver que tenía lugar cuando estaba realmente en su habitación. Este ver es como cualquier otra conducta voluntaria y su fuerza reflejará su historia de reforzamiento. En la medida en que el ver sin el estímulo presente sea similar al ver con el estímulo presente, el recordar producirá las mismas funciones discriminativas.

Así, si está usted intentando recordar la ubicación exacta de una ventana o una silla en su habitación, el tratar de ver la habitación puede ayudarle a describir exactamente dónde se encuentra la silla casi con la misma exactitud que si la estuviera viendo realmente. La persona hambrienta que imagina la comida o la persona sexualmente insatisfecha que imagina estímulos sexuales, también llevan a cabo una respuesta de ver operante. En estos dos casos, la privación (de comida o sexo) incrementa la probabilidad de la operante (de ver comida o sexo en ausencia de estímulo).

Otra implicación del ver operante es que, como otras operantes, no ocurrirá si es castigada o no reforzada positivamente. Así, el castigo puede producir olvido selectivo o amnesia. El olvido selectivo y la amnesia juegan un papel importante en los trastornos disociativos, como en la fuga disociativa o en el trastorno de personalidad múltiple (ver Capítulo 6).

Cuando se ayuda a un cliente a recordar operantemente un episodio de incesto que tuvo lugar en su habitación, puede pedírsele primero que empiece recordando las características físicas de la habitación en la que tuvo lugar el episodio. El terapeuta iría moldeando y reforzando el recuerdo del cliente. Por ejemplo, si recordar la habitación es demasiado aversivo y genera evitación, se puede pedir al cliente que recuerde el pasillo que lleva a la habitación.

Recordar el trauma inicial puede tener al menos dos funciones. Una vez recordado el trauma, el cliente puede entonces formular una regla (ver Capítulo 5) que le ayude a mejorar su funcionamiento en la vida diaria (Zettle, 1980). Por ejemplo, Zettle describió una cliente que no disfrutaba del sexo con su marido como consecuencia de un incesto olvidado. Como el incesto había sido olvidado, la cliente formuló una regla poco productiva de que los problemas sexuales se debían a la ineptitud de su marido. La regla era improductiva porque hacía que se fijara en los aspectos negativos de su marido, lo que, a su vez, ocasionaba discusiones y frustración. Cuando recordó el incesto formuló una regla nueva y más productiva ("estoy reaccionando negativamente ante mi marido como consecuencia de experiencias aversivas pasadas") que le permitió centrarse en aspectos más relevantes.

Una segunda y más importante función del recordar es que ayuda a reducir la aversividad de los estímulos evitados actuales, y así ayuda a incrementar el contacto y permitir el aprendizaje de nuevas y más efectivas formas de conducta. Es decir, cuando se recuerdan operantemente los episodios traumáticos la aversividad se reduce por extinción. Así los estímulos actuales que anteriormente se evitaban, porque evocaban el ver respondiente, ahora son contactados directamente. Si adoptamos este punto de vista en el caso descrito por Zettle, el recordar el trauma de forma operante habría ayudado al reducir el carácter aversivo de la situación. Así, la relación sexual actual habría sido menos aversiva y el contacto habría mejorado porque el ver que evocaba de forma respondiente ya era menos aversivo. Sería de esperar que esto ayudara a mejorar directamente la relación sexual.

Igualmente, el recordar de forma operante del trauma puede aumentar el contacto con los estímulos dentro de la sesión, lo que, a su vez, evoca CCR. Por ejemplo, consideremos el problema de un cliente que no confía en los demás y que evita por tanto las relaciones íntimas. El cliente también evita confiar en el terapeuta y mantener con él una relación estrecha. Supongamos entonces que el cliente recuerda operantemente un trauma temprano de abandono reduciendo así la aversividad del recuerdo. Ahora, los estímulos que evocan confianza y cercanía dentro de la relación terapéutica, que recuerdan al cliente su abandono (recordar de forma respondiente), también verán reducida su aversividad. De este modo, es más probable que aparezcan las CCR2 de confianza e intimidad, y puedan ser reforzadas por el terapeuta.

En el esquema de trabajo de la FAP, la evitación de recuerdos supone un problema porque interfiere con el contacto de estímulos relevantes en la relación terapeuta-cliente. Como el afecto, el recuerdo espontáneo de acontecimientos traumáticos es un marcador que indica que se ha contactado con estímulos clínicamente significativos dentro de la relación terapéutica.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Las implicaciones clínicas de nuestra concepción teórica de las emociones se concretan en un conjunto de directrices: (1) proporcionar una base conductual de la importancia de la expresión afectiva, (2) aumentar el control privado del cliente sobre los sentimientos, (3) aumentar la expresión de sentimientos por parte del terapeuta, y (4) mejorar el contacto del cliente con las variables de control. Algunos de nuestros métodos son parecidos o idénticos a los de otras terapias. El hecho de fomentar y facilitar ampliamente la expresión afectiva como un foco de la terapia habla por sí mismo de la utilidad de dicha expresión. Aunque no son los únicos, nuestros procedimientos proceden de una base teórica muy diferente al resto de terapias. Así, como en el caso de otras muchas terapias, el *porqué* hacemos lo que hacemos nos diferencia aún más de otros sistemas que lo que hacemos en sí. Pasamos a comentar nuestras directrices.

Proporcionar una base conductual para tomar contacto con los sentimientos

La FAP difiere de modo significativo de otras perspectivas en que el énfasis no está en la liberación catártica como un fin en sí misma. Creemos que la evitación de sentimientos se consigue al tener un escaso contacto con las variables de control de las CCR, lo que disminuye las oportunidades para adquirir nuevas conductas. Nuestra explicación al cliente sobre la importancia de entrar en contacto con los sentimientos no incluye apelar al "es bueno sacarlos, liberar esos sentimientos reprimidos", o "si los mantienes escondidos se manifestarán de alguna otra manera". En lugar de esto, se le diría al cliente que la emoción no es más que un producto incidental al experimentar todo tipo de acontecimientos, o al tomar contacto con estímulos importantes. Sin embargo, la ausencia de emoción es un problema serio que indica evitación, lo que interfiere con la terapia y con otras áreas de la vida diaria. Por tanto, la expresión emocional es crucial, no porque sea curativa por sí misma, sino porque es una señal de que el cliente está en contacto con importantes variables de control, lo que le permitirá aprender nuevas conductas.

Utilizando un lenguaje llano, a una cliente que vino recientemente tras la ruptura de una relación, podríamos decirle algo como: "Es importante que te permitas llorar la pérdida. Si evitas pensar, sentir o hablar sobre Jesse acabarás evitando un montón de cosas, como actividades que hicisteis juntos o conocer a otros hombres, porque todo ello te lo recordará. Evitar todas esas cosas, no sólo limitará tu propia vida, sino que además no tendrás siquiera la oportunidad de descubrir dónde estuvo el error y aprender cómo tratar con alguien cercano a ti cuando aparezcan problemas parecidos".

La respuesta del terapeuta a las manifestaciones emocionales ha de ser reforzante de forma natural. El terapeuta que tiene

algún problema con su propia expresión afectiva o con la de los demás, es poco probable que estimule esa expresión afectiva adecuadamente y podría castigar el afecto del cliente. Por tanto, cualquiera que presente este déficit en su repertorio tendrá menos habilidades para trabajar bien con los clientes que requieren contacto con los estímulos que evocan respuestas emocionales.

Incrementar el control privado de los sentimientos

Es frecuente que entre terapeuta y cliente ocurra una interacción como la siguiente:

T: ¿Qué sientes ahora mismo?
P: [*silencio, parece perplejo*] No lo sé.

Nuestra interpretación sobre este comentario se basa en los estímulos (el ambiente) que pueden encontrarse en una consulta típica de psicoterapia. Generalmente, el ambiente es apacible, las luces son de poca intensidad, las ventanas tienen poca luz y la decoración es neutra. Normalmente, cliente y terapeuta están sentados e inactivos, excepto para hablar y moverse en la silla. Las expresiones faciales del terapeuta, sus gestos y tono de voz son relativamente suaves. Dada la casi total ausencia de estímulos públicos que indiquen a los clientes cómo se están sintiendo, éstos deben confiar casi exclusivamente en sus estímulos privados. Si su historia personal no consiguió proporcionarles suficiente control a sus estímulos privados, entonces serán incapaces de contestar a la pregunta del terapeuta. Así, el ambiente terapéutico típico evoca CCR de emociones que suelen tener escaso control público. Un objetivo de tratamiento para las CCR1 asociadas a ese inadvertido control público sería animar a que los estímulos privados asociados con los sentimientos tomasen un mayor control. Para conseguirlo el terapeuta debería, primero, estar razonablemente seguro de que los estados corporales relevantes estuvieran presentes y, en segundo lugar, utilizar los principios del entrenamiento en discriminación para que los estímulos privados del cliente (estados corporales) aumentaran su control sobre la descripción de sentimientos.

Supongamos que este tipo de interacción tiene lugar al principio de la terapia, y el problema que presenta un cliente es un déficit para expresar sentimientos. Unas sesiones después, ha estado, ha estado contando en un tono monótono cómo le traicionó un compañero de trabajo. Le animaríamos a revivir la experiencia describiendo los detalles de la traición. Esperaríamos que al volver a contarlo, esos detalles le evocarían los estados corporales de la ira. Además, lo observaríamos atentamente para ver si hubiera cualquier signo de ira. Entonces se le podría decir, "si eso me hubiera pasado a mí estaría muy enfadado, y puede ser que tú estés experimentando ahora mismo algo de ira". Después de varios ensayos terapéuticos en los que se ayuda específicamente al cliente a tomar contacto con la ira, podrían ir desvaneciéndose la especificidad de estas ayudas. El objetivo es que los estados corporales privados del cliente adquieran control sobre la información que da sobre su ira.

Desde el punto de vista de la FAP, la intervención terapéutica es más potente si la situación emocionalmente evocadora ocurre en la sesión. Por ejemplo, supongamos el caso de un cliente del segundo autor

que le pide que ésta llame a su jefe para ayudarle a conseguir el aumento de sueldo que necesita. Yo me niego y observo que el cliente parece decepcionado y dolido. En este momento estoy razonablemente segura de que están presentes los estados corporales del enfado. Usando los principios del entrenamiento en discriminación, podría haber proporcionado estímulos públicos y notables para ayudar al cliente a identificar los sentimientos que estaba teniendo. Podría haberle dicho: "Pareces dolido y decepcionado, y así es como yo me sentiría si me encontrase en tu lugar". Después de numerosos ensayos de este tipo donde se desarrollaran una amplia variedad de situaciones de decepción y dolor, empezaría a reducir gradualmente el apoyo externo. En vez de referirme a estímulos específicos podría decir: "Esta situación me recuerda a otras anteriores donde has tenido fuertes sentimientos". Finalmente en la terapia bastaría con preguntar "¿cómo te sientes?". Existe una gran coincidencia entre las condiciones que producen un escaso control privado de los sentimientos y las que producen trastornos del yo. (Este tema y el proceso terapéutico para aumentar el control de los estímulos privados sobre las respuestas del cliente se exponen en el Capítulo 6).

Dada la frecuencia con que los clientes son incapaces de responder a la pregunta sobre cómo se sienten, podría ser que el problema del control público tan sutil de las emociones sea más común de lo que se cree habitualmente. La falta de claridad sobre lo que uno siente realmente cuando se es un adulto, refleja lo inevitable de los problemas que ocurren cuando una comunidad exterior (p.ej., los padres) intentan dotar de significado a una experiencia interna del niño, que ellos no pueden ver ni conocer.

Aumentar la expresión de sentimientos por parte del terapeuta

Con los clientes que tienen dificultades para aceptar el cariño de otros (la evitación de las expresiones de sentimientos afectuosos por parte de otros) y que necesitan ayuda para tomar contacto con, y expresar, sus sentimientos, especialmente sentimientos de intimidad, recomendamos una activa expresión de sentimientos por parte del terapeuta. Valga como ejemplo la siguiente interacción entre el segundo autor y Evelyn, su cliente tras cuatro años en terapia.

P: [Refiriéndose a cuando era niña] Me daba tanta vergüenza ser pobre, no tener nada. Mi madre me humillaba cuando se emborrachaba y me dejaba sola mientras le duraba la borrachera. Nadie estaba normal como para ser agradable. Nunca hubo un lugar seguro, acogedor. Incluso a ti te veo de la misma manera que solía ver a la gente que intentaba ser amable. No es real, no me siento segura de verdad, la gente no es capaz de dar cariño. Esa es la verdad. Es demasiado arriesgado confiar en alguien. Siento en lo más profundo que eso no es seguro.

T: Ciertamente no hubo seguridad mientras crecías. Aunque consideres que mi amabilidad no sea real, la semana pasada te pedí que intentases sentir mi cariño y me dijiste que sentías dolor.

P: Si, un ataque de dolor, un asalto a mis barreras. Este es el último soldado y no se va a entregar porque continúa la guerra. Como esos soldados que aún

quedan acechando en los bosques 10 años después de que acabe la guerra. Esta es la única manera de sobrevivir a todo ese abuso, es el último vestigio, creer que el mundo todavía es malo. No sé cómo dejar que la gente me quiera. Ése es el secreto, no sé cómo hacerlo.

T: Puedes empezar prestando atención a la ternura de mi voz, mis ojos, el tacto con que te hablo, recordando todos esos momentos tan especiales que hemos compartido trabajando juntas durante todos estos años.

P: Lo que siento es que si realmente me conocieras, no me querrías.

T: Te conozco mejor que nadie, ¿no es cierto?.

P: Sí.

T: (Me siento justo delante de ella y le pido que me mire a los ojos mientras le hablo.) Evelyn, cuando pienso en ti siento ternura y amor en mi corazón. Eres muy especial para mí. Has sobrevivido a muchos traumas y eres una persona maravillosa y con talento. Te aprecio y sólo quiero lo mejor para ti. Considero un verdadero privilegio que te hayas arriesgado a sentirte tan vulnerable ante mí, que me hayas permitido saber quién eres, verte cambiar y progresar a lo largo de los años.

P: [*empieza a llorar*] Es muy duro para mi permitirme que te crea. ¿Por qué nadie me dijo eso antes?

Expresar a Evelyn mis sentimientos hacia ella cumplió al menos cuatro funciones. Primera, le dio la oportunidad de aprender, por ejemplo, a expresar sentimientos cariñosos. Segunda, bloqueé su evitación de mis expresiones emocionales, proporcionándole de ese modo experiencias sobre aceptar sentimientos de cariño de otra persona en una relación estrecha (CCR2). Tercera, informarla sobre mis sentimientos me hizo más vulnerable ante ella. Esto incrementó su capacidad para predecir mi conducta y sentirse más segura en la relación. Finalmente, expresar mis sentimientos positivos hacia ella ayudó a Evelyn a desarrollar afirmaciones más positivas tales como "soy una superviviente, soy especial, soy maravillosa, tengo talento". Estos autotactos podrían ayudarle en la misma forma en que lo hace a veces la terapia cognitiva (ver Capítulo 5 para una explicación conductual de este fenómeno).

Mejorar el contacto del cliente con las variables de control

Como ya hemos reiterado, provocar conducta clínicamente relevante (CCR) en la sesión es absolutamente prioritario para el terapeuta que practica la FAP. A veces, estas CCR no aparecen porque el cliente no está suficientemente en contacto con las variables de control. En el contexto de nuestra discusión sobre las emociones, consideramos variable de control a cualquier cosa presente que recuerde algún acontecimiento emocional o algún trauma ocurrido en el pasado. Los ejemplos de variables de control son abundantes y, por supuesto, idiosincrásicos para cada individuo. Podrían incluir comentarios o preguntas hechas por el terapeuta, la propia intimidad de la relación terapéutica, la foto de alguien querido, escenas de una película o de un libro en particular, una canción específica, o las horas del atardecer.

No es necesario decir que nuestro mayor interés se encuentra en las variables de

control que pueden traerse a la terapia. En realidad, todos los ejemplos precedentes podrían haber sido incorporados dentro de una sesión. En general, la tarea del terapeuta es aumentar el contacto del cliente con las variables de control y limitar la evitación del cliente de situaciones, que ocurren durante la terapia y que evocan afecto. Cuando ese contacto ocurre, habrá expresiones afectivas que, de hecho, evocarían aún más conductas de evitación.

Por tanto, la expresión de emociones por parte del cliente durante la sesión es un indicador de que éste se encuentra en contacto con las variables de control que evocan dicha emoción. El afecto sirve como señal que indica contacto, de la misma forma que una persona que toca una estufa caliente manifiesta ese contacto (1) gritando de dolor, (2) retirándose de la fuente de calor, y (3) diciendo "c... ¡cómo quema!". Todas estas expresiones de afecto están evocadas por la toma de contacto con la estufa caliente. El estado corporal que se siente es la experiencia asociada con el dolor. Si el cliente no está en contacto con las variables de control relevantes que podrían evocar una respuesta emocional, no ocurrirán los indicadores de las emociones ni las CCR asociadas a esas emociones.

Nótese que este análisis de las variables de control y los modos de contactar con ellas es una elaboración de la Regla 2 (ver Capítulo 2) -"Evoque CCR"-. A continuación comentamos las principales líneas de actuación que ayudan al terapeuta a poner en contacto al cliente con las variables de control: (1) Presentar reiteradamente el estímulo aversivo, (2) Centrarse en el modo en que el cliente evita el afecto, (3) Centrarse en el afecto del cliente relacionado con las equivalencias funcionales entre la terapia y la vida diaria.

Presentar reiteradamente el estímulo aversivo

Si el terapeuta está atento a cuándo el cliente está intentando evitar el afecto y vuelve entonces a presentar el estímulo aversivo o variable de control relevante, bloqueará con frecuencia dicha evitación de afecto por parte del cliente. Ilustramos esto mediante dos casos.

En el primer caso, el primer autor estaba realizando una entrevista inicial con Amy, una contable de 48 años que sufría de un inexplicable dolor de cabeza permanente las 24 horas del día. Amy era muy precisa en cuanto a fechas y lugares, medicaciones, historia laboral y demás. Sin embargo, era incapaz de concretar el inicio del dolor, excepto que empezó hacia 8 ó 9 años y había estado presente desde entonces. Parecía desconcertada con mi insistencia sobre la fecha de inicio. Además, fue habilidosa para cambiar de tema y lo hizo en varias ocasiones. Yo interpreté esta evitación como una posible CCR1 y procedí a presionarla para que entrara en contacto con las variables de control. Le pedí que me contara todos los acontecimientos importantes ocurridos hacía 8 y 9 años. Quería saber, por ejemplo, qué hizo en navidades, quién la visitó ese año, a qué médicos fue a ver, si hubo problemas de pareja, etc. Conforme avanzaba la entrevista y su evitación era bloqueada una y otra vez, empezó a mostrar más y más sentimientos. Cuando le pregunté que cómo se sentía, me respondió que bien. Tomé esto como evidencia de que no estaba notando demasiado su estado corporal. Insistí con

mis preguntas sobre acontecimientos importantes ocurridos en ese período de tiempo y, finalmente, habló sobre la muerte de su hija de 14 años ocurrida hacía 8 años. Se ahogaba en lágrimas, su cuerpo se estremecía y sus brazos se retorcían de angustia. La animé amablemente a recordar con detalle las circunstancias que rodearon la muerte de su hija. Antes de esta catarsis había estado evitando todas las situaciones relacionadas con la muerte de su hija. Se mudó de casa y nunca volvió a su antiguo barrio, evitaba cualquier conversación que pudiera derivar en algo relacionado con su hija, se cambió de oficina de trabajo, disfrutaba sus vacaciones fuera de Seattle (su ciudad natal) y nunca lloró la pérdida. De muchas formas, su vida se había vuelto extremadamente restringida. La vi una semana más tarde y me dijo que le había desaparecido el dolor de cabeza. Mi interpretación del dolor de cabeza de Amy es que estaba causado por un estado corporal crónico; es decir, el dolor tenía un origen físico directamente relacionado con un estado corporal crónico evocado por la aversividad asociada a una evitación tan extendida.[5]* Lo ocurrido en la sesión impidió que continuase la evitación, el cuerpo de Amy volvió a un estado más normal y desapareció el dolor.

El segundo caso es el de Roxie, una cliente del segundo autor. Roxie tenía una historia de depresiones, intentos de suicidio y alucinaciones. Estos intensos episodios parecían estar provocados por situaciones interpersonales en los que Roxie era criticada, despreciada o rechazada de alguna manera. Tenía una fuerte reacción emocional ante estos episodios y hacía cosas como intentar clavarse un cuchillo o tomar una sobredosis de barbitúricos. Esto era particularmente cierto en los casos en que el rechazo se daba en una relación que evocara apego o dependencia. Después de dos años de terapia, marcada por muchas crisis, la relación terapéutica empezaba a parecerse al tipo de relación que podía evocar episodios graves si Roxie experimentaba un rechazo por parte del terapeuta. De acuerdo con el punto de vista de la FAP, si eso ocurriese ofrecería una oportunidad inestimable para el desarrollo de formas más efectivas de vérselas con el rechazo (CCR2) y aumentaría su autoconocimiento (CCR3).

Yo temía ese momento, sobre todo porque estaba ya a punto de decirle a Roxie que iba a restringirle el número y el tipo de llamadas telefónicas durante la noche y los fines de semana. Cuando la informé de esta limitación, Roxie pareció reaccionar mínimamente ante esa información. Ni lloró ni pareció enfadarse, sólo estuvo menos habladora y cambió de tema. Parecía haber tomado poco contacto con la situación entre manos. Es como si no hubiese oído o entendido lo que le había dicho. En un esfuerzo por poner a Roxie en contacto con los estímulos que podían evocar la respuesta emocional, volví a sacar el tema, detallando las limitaciones de nuevo, y le pedí a Roxie que repitiera lo que había entendido al respecto. Conforme Roxie iba hablando, se iba alterando más. Cuando me centré de nuevo en el tema y le hice ver su evitación, Roxie empezó a sollozar y pronto expresó un pensamiento suicida.

---

5 *Este es un ejemplo en el que se puede decir que un sentimiento causó un síntoma, es decir, el síntoma (dolor de cabeza) era un estado corporal que a su vez era el resultado directo de otro estado corporal (evocado por la aversividad que estaba evitando).*

Durante los meses siguientes, Roxie mejoró su comprensión de las variables de control (CCR3) -un estímulo discriminativo complejo que incluía su apego a mí, la limitación de las llamadas telefónicas, y una historia de rechazo y abandono-. Además, en el toma-y-daca de la interacción, aprendió una nueva forma de reaccionar ante el rechazo. En vez de evitar y emprender conductas suicidas, aprendió a hablar sobre su dependencia y su miedo al abandono y a buscar seguridad en mí. La invité amablemente a examinar qué conductas suyas hacían apartarse a la gente, incluida yo misma. Traté de darle mayor seguridad, con palabras y acciones, sobre mi compromiso con ella y que continuaría creciendo y mejorando. También insistí en poner límite a las llamadas telefónicas. La lección más importante para Roxie fue que su contacto con los estímulos evocadores de la sesión dieron como resultado una relación más estrecha (más reforzante). De este modo, fue capaz de experimentar mi afecto (seguridad, atención, ayuda en la resolución de problemas, etc.) al tiempo que también estaba en contacto con los aspectos emocionales de ver reducidos sus privilegios telefónicos. Aunque llevó muchos meses, Roxie fue tomando contacto con las limitaciones en las llamadas telefónicas y las reacciones emocionales que ello le provocaban. Este hecho fue un punto clave para cambiar su forma de reaccionar al rechazo y sentó las bases para etapas posteriores con el desarrollo y mejora de otros repertorios interpersonales.

Centrarse en el modo en que el cliente evita el afecto

Además de la presentación reiterada del estímulo, otro modo de mejorar el contacto con las variables de control, o de bloquear la evitación, es pedir al cliente que preste atención a qué es lo que hace para no sentir. Preguntando a los clientes "¿qué estás haciendo ahora mismo para no sentir?", hemos encontrado que las formas principales de evitar el afecto son los siguientes: (1) actividades cognitivas distractivas (p.ej., contar desde 1.000 hacia atrás de siete en siete, concentrarse en una imagen en blanco, repetirse a uno mismo "no voy a llorar"); (2) estrechar el campo visual (p.ej., mirar fijamente algo por la ventana o un pequeño objeto del despacho, como un botón de la camisa del terapeuta o una manchita del techo); y (3) actividades motoras distractivas (tensar los músculos, quedarse muy quieto, o aguantar la respiración). Una vez que sabemos qué están haciendo para evitar el afecto, les pedimos que dejen de hacerlo o que hagan algo incompatible, como respirar profunda y pausadamente, o miramos a los ojos. A veces, la simple pregunta "¿hay algo sobre lo que estés intentando no pensar o no hablar en este preciso momento?" provoca un interesante tema de conversación, así como el afecto asociado.

Centrarse en el afecto del cliente relacionado con las equivalencias funcionales entre la terapia y la vida diaria

Una similaridad funcional entre la terapia y la vida diaria es cualquier cosa de la situación terapéutica que pueda evocar en el cliente sentimientos o acciones parecidos a

los que se podrían evocar en una situación externa. Para ilustrarlo, volvemos al caso de Nancy, cuyos problemas fundamentales giraban en torno a la formación y mantenimiento de relaciones íntimas. Había estado en FAP con el primer autor durante varios meses y se estaba desarrollando una relación estrecha. Aunque se habían dado avances, aún quedaban repertorios deficientes. Uno de ellos, según describía Nancy, tenía que ver con el miedo a que desapareciera la persona con la que tuviera una relación muy estrecha, miedo a que nunca volviese después de estar temporalmente separada de ella por un viaje o alguna otra razón similar. Se sentía como si hubiese destrozada y que no sería capaz de retomar su vida. Nancy decía que estos sentimientos contribuían a su reticencia pasada y presente para implicarse en relaciones íntimas. Este problema también interfería en las relaciones tal como se estaban desarrollando, puesto que le causaban gran tristeza y aislamiento cuando se sentía amenazada con la separación. También relacionaba estos miedos con el hecho de haber sido abandonada por un amante varios años atrás.

La explicación de Nancy sobre cómo sus miedos estaban relacionados con sus problemas de relación, es una descripción de su conducta problemática y de las posibles variables de control (CCR3). Su relato, sin embargo, no constituye una ocurrencia actual del problema durante la sesión (CCR1). Desde el punto de vista de la FAP, las expectativas de mejoría clínica aumentan si los miedos y las CCR asociadas provocadas por la intimidad ocurren realmente dentro de la relación terapéutica, y por tanto proporcionan al cliente una oportunidad para aprender nuevos modos de respuesta. Además, la descripción del problema de conducta y sus variables de control basada en un acontecimiento ocurrido en la sesión, sería más beneficiosa que aquella otra basada solamente en la conducta pasada del cliente.

Los indicadores de afecto se observaron en el llanto de Nancy, cuando le dije que pronto me tomaría dos semanas de vacaciones. Después de revelar una pena irresistible, quiso restarle importancia al hecho, intentó cambiar de tema, y dijo con una sonrisa que ya no necesitaba más terapia. Consideré que probablemente estaba dándose una CCR1. Por tanto, tras unas palabras de empatía, insistí en el tema de mis vacaciones. Nancy volvió a llorar, a lo que siguió una intensa discusión sobre nuestros sentimientos mutuos, y las posibles soluciones al problema inmediato provocado por mis vacaciones, como seguir en contacto telefónico. Además, Nancy recordó una experiencia temprana y traumática de ser abandonada en casa de su tía.

Durante la primera sesión tras mi vuelta, Nancy dijo que durante mi ausencia se había sentido mucho mejor de lo que ella misma esperaba. La interacción fue buena a lo largo de esa sesión y hubo un sentimiento mutuo de cercanía personal, algo muy diferente del tono resentido y enojado de las interacciones que solían seguir al reencuentro con otras personas significativas, incluido yo mismo. En los meses siguientes le trastornaba menos separarse de mí y, finalmente, Nancy dijo que podía permanecer estable y no retirarse cuando anticipaba la separación de alguien con quien estaba empezando a tener una relación. Parecían haberse desarrollado nuevos repertorios interpersonales relativos a la separación en el seno de una relación íntima.

La expresión de sentimientos por parte de Nancy fue importante por dos razones. Primera, su presencia fue un indicador de que la situación terapéutica era funcionalmente equivalente a las situaciones de su vida diaria que implicaran intimidad y separación. Cuando hubo amenazas de separación, tanto en la vida diaria como en terapia, aparecieron expresiones similares de sentimientos y retraimiento. Un terapeuta que observe estas semejanzas será más probable que detecte CCR. Segunda, la desaparición del afecto junto con el intento de cambiar de tema eran indicaciones de que la cliente estaba perdiendo el contacto con las variables de control. Intervine entonces resaltando el tema de una separación inminente, para mantener el contacto con dichas variables. Si se mantenía el contacto podía aparecer una CCR, y proporcionar una oportunidad para aprender mejores repertorios.

CASO ILUSTRATIVO

Kelly, de 24 años, era la más joven de tres hermanos, estuvo en terapia con el primer autor por los siguientes problemas: dolores de cabeza, depresión, relaciones caóticas, llantos y otras muestras de emoción parecidas sin motivo aparente, y sentimientos de torpeza, inadecuación, incompetencia y carencia de autoestima. Parte de su historia consistía en que el padre abandonó a la familia cuando Kelly tenía 8 años, y sólo volvió a verlo cada 5 años o así. Decía que no tenía sentimientos hacia su padre y también pocos recuerdos de él. Su historia interpersonal está caracterizada por relaciones sociales con hombres desde una perspectiva en que ella era superior o inferior a él. Una persona que fuese superior a ella podía tomarla o dejarla, prestarle poca atención, no respetarla y finalmente dejarla. Se siente atraída por hombres superiores a ella, sin embargo, o bien evita comprometerse con ellos, o bien mantiene una relación apasionada pero estresante que no se atreve a romper aun sabiendo que será abandonada. Durante los cuatro primeros meses de FAP, se mostraba distante y poco afectuosa. Cuando le pregunté por lo que ella creía que yo pensaba o sentía hacia ella contestó, "algo así como una de esas personas a las que ves mucho pero nunca piensas en ellas a no ser que las veas... no sé cómo decirlo, es como si estuviera aquí pero no tuviera presencia."

Su sentimiento de existir sin presencia refleja su historia. Los hombres importantes no se fijaban en ella, no reparaban en su presencia. Por tanto, es comprensible que ante el terapeuta diga que se siente ignorada y sin valor alguno. La interacción continuó:

T: Bien, ¿qué reacciones le provoco? (Esta es una pregunta típica de la FAP que tiene el objetivo de poner los tactos bajo control de los estímulos intra-sesión).

P: Tengo una especie de temor reverencial. Es muy . . . usted es la autoridad y es importante que me esté mirando. Sí. No me puedo permitir el quedar en una posición en la que pudiera sufrir daño. Supongo que es algo así. Parece demasiado tópico decir que no me fío de nadie, pero esto es poco en comparación con que alguien me vea tal como soy. Sé que a veces no me siento así con otras personas, ¿sabe?, pero en general me siento inferior. (La cliente está describiendo nuestra relación de forma que suena similar a cómo

se siente con otras personas en su vida diaria. Evita el compromiso emocional con hombres superiores a ella porque puede resultar dañada. Su descripción es una CCR3. Esta respuesta es positiva desde el punto de vista de la FAP porque, básicamente, está bajo control de estímulos intra-sesión.)

T: Ahora en nuestra relación, ¿de qué modo podría yo dañarla?

P: Bueno, ha habido un par de veces en que he mantenido la respiración esperando lo peor, y usted me habla de algo que no sé a dónde quiere ir a parar. Como si fuese a decir, "bueno, creo que no voy a seguir viéndola, esto no funciona". Es como si tuviera el hacha encima de la cabeza todo el tiempo.

(Kelly se pone llorosa en este momento. Al hablar de nuestra relación está contactando con los estímulos evocadores asociados al abandono. Está tactando sus sentimientos evocados en la misma sesión. Debido a su abandono temprano, evita verse en este tipo de situaciones en su vida cotidiana. Esta evitación contribuye a sus problemas de relación. Su afecto sugiere que la relación terapéutica proporciona una oportunidad de superar esa evitación y ese miedo, repitiendo el contacto con los estímulos evocadores, experimentando resultados mejores que los ocurridos en su pasado y, por tanto, mejorando sus relaciones en la vida diaria).

(Unos minutos más tarde)

T: Antes se puso bastante triste, ¿no?

P: Sí. Me ocurre muchas veces. Me altero y me quedo paralizada.

T: Debe haber algo sobre lo que tratábamos en nuestra conversación, de lo que estábamos hablando, que la pusiese así. (Estoy sugiriendo que las variables externas, algo relacionado con nuestra interacción, fueron las responsables de su respuesta emocional.)

P: Sí.

T: ¿Y no sabe lo que es?

P: No, no lo sé.

T: De modo que hay algo así como un gatillo emocional ahí dentro, y no está segura de qué es lo que lo dispara.

P: Cuando vi a mi padre por primera vez desde que tenía 15 años, que fue cuando yo tenía 19 o 20, debí estar llorando durante dos días. Quiero decir literalmente llorando a mares, no podía parar de llorar. Después me he reído de ello, y pensé... bueno, no importa. (Esto era recordando lo que había evocado los hechos ocurridos en la sesión, que también evocaron respuestas similares a las recordadas en esta ocasión).

(Un poco después durante la misma sesión)

T: Hay algún tipo de gatillo emocional ahí dentro que, sin duda, estaría causado por la relación con su padre, que justamente ocurrió antes también entre nosotros. Está dando vueltas a una reacción que no puede entender y que no puede anticipar cuándo ocurrirá (Le estoy ofreciendo una interpretación -Regla 5-).

A lo largo de los 2 años siguientes, siguieron apareciendo las CCR asociadas a los miedos y recuerdos sobre su padre, al tiempo que Kelly iba desarrollando una relación más estrecha conmigo. Durante todo este tiempo, yo expresé abiertamente mis sentimientos (incluido mi gran respeto por ella), y lo hice de forma que la animase a expresar los suyos.

Como ya comentábamos anteriormente, la expresión de sentimientos por parte del terapeuta tiene varios efectos positivos. En este caso, a diferencia de la mayoría de sus relaciones anteriores, experimentadas como peligrosamente imprevisibles, me hice más predecible para Kelly, sabía en mayor medida qué podía esperar de mí. Su habilidad para predecir mejor mi conducta redujo, a su vez, su evitación y facilitó su expresión de sentimientos. Experimentó todo esto como un aumento de confianza en mí. Más aún, mi franqueza y mis afirmaciones positivas aumentaron espontáneamente conforme ella se iba volviendo emocionalmente más expresiva, proporcionando así reforzamiento natural a sus mejorías. Este aumento de expresión emocional junto con mi aceptación de la misma, fomentó una mejora del yo (ver Capítulo 6). Tuvimos también muchas conversaciones sobre las características de nuestra relación, y sobre nuestros respectivos repertorios que los hacía tan reforzantes (Regla 5, CCR3). Estas descripciones verbales ayudaron a Kelly a saber concretamente qué esperar de una buena relación. La experiencia positiva a partir de la nuestra le permitió buscar relaciones similares en su vida diaria.

Hacia el final de la terapia, Kelly se encontraba relajada y confiada durante las sesiones. Se relacionaba conmigo de igual a igual y ya no se sentía intimidada por mí. Valoraba positivamente nuestra relación y veía que ella era importante para mí. Sus relaciones con los hombres también reflejaron esta mejoría.

CAPÍTULO V. Cogniciones y creencias

El primer autor le pidió a Harriet cambiar sus citas habituales de los lunes a las 5 de la tarde a los jueves a las 3 de la tarde. Aunque ella aceptó, reveló algunas semanas después que el cambio le había causado un gran trastorno. Para acomodarse a ese cambio había tenido que reajustar su programa laboral y de estudios, y se habían exacerbado sus problemas de ansiedad y depresión. Cuando le pregunté que porqué no había rechazado mi petición, o porqué no me dijo que le resultaría difícil, Harriet dio la siguiente explicación: aunque se le ocurrió objetar algo, pensó: "El ser atenta contigo muestra el afecto que te tengo, y además, no quería que te enfadaras conmigo. No soporto la preocupación de que la gente pueda enfadarse conmigo."

Al igual que Harriet, los clientes se describen y/o actúan de tal forma que sugiere una relación causal entre sus pensamientos y sentimientos, y su conducta. El punto de vista del terapeuta sobre la naturaleza de la relación causal entre los pensamientos (o cogniciones) y la conducta (o acciones y sentimientos) es importante porque afecta a lo que se dice y se hace a lo largo de la terapia. Y en ningún sitio se aprecia esto mejor que en los procedimientos ampliamente usados de la terapia cognitiva. Dado que muchos terapeutas están familiarizados con los principios de la terapia cognitiva, la utilizaremos como base de la comparación, ilustrando las similaridades y las diferencias con la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). En general, creemos que la terapia cognitiva es un tratamiento útil que puede mejorarse con la teoría y la práctica de la FAP.

TERAPIA COGNITIVA

Existe una diversidad considerable tanto en la teoría subyacente como en la práctica de la terapia cognitiva, y el modo concreto en que se plantea la relación pensamiento-conducta depende de cada orientación particular y de la forma de conceptualizar los pensamientos. Por ejemplo, Albert Ellis (1962, 1970), un pionero de la terapia cognitiva, introdujo la idea de que los pensamientos y sentimientos de un cliente pueden ser representados como en la Figura 2a, en la que A representa los acontecimientos ambientales externos, B representa la cognición y C es la acción y/o emoción resultante. Para Ellis, el tratamiento clínico implicaría dar a los clientes la explicación ABC de sus problemas, y después intentar cambiar directamente B para que deje de ser disfuncional.

Pero dado que este paradigma ABC presenta problemas, ha sido revisado por



Figura 2. Paradigmas que muestran la relación entre *A* (acontecimiento antecedente), *B* (creencia o pensamiento), y *C* (sentimiento o conducta consecuente): (a) el pensamiento influye en la conducta; (b) el pensamiento no influye sobre la conducta; (c) el pensamiento influye parcialmente en la conducta; y (d) la conducta influye en el pensamiento.

varios autores (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979; Guidano y Liotti, 1983; Hollon y Kriss, 1984; Turk y Salovey, 1985). Sin embargo, en nuestra opinión la formulación revisada de la terapia cognitiva ha tirado al niño junto con el agua del baño; es decir, ha perdido algunas de las características clínicamente útiles de la formulación ABC, y no ha planteado adecuadamente los problemas. Antes de examinar la formulación revisada de la terapia cognitiva, permítasenos exponer brevemente algunos de los problemas de la terapia cognitiva y de la formulación ABC.

Problemas de la terapia cognitiva y del paradigma ABC

Primero, el paradigma ABC excluye otras formas alternativas en que se pueden relacionar la cognición y la conducta. Por ejemplo, Russell y Brandsma (1974) afirmaron que los problemas del cliente podrían empezar ajustándose al paradigma A→B→C. Pero, tras numerosas repeticiones de la secuencia ABC durante la vida del cliente, se obviaría la ocurrencia de B mediante condicionamiento clásico. En otras palabras, el antecedente A se convierte en un estímulo condicionado de segundo orden que produce directamente la emoción C. Otra posibilidad, sugerida por Klein (1974), es que el autoconcepto negativo, desesperanza y autoculpabilización del cliente depresivo, se pueden entender mejor como efecto de ese estado, que como una causa del mismo. En otras palabras, el cliente primero se siente deprimido, y después tiene las cogniciones negativas.

La experiencia clínica también sugiere paradigmas alternativos. Cuando los clientes hacen comentarios del tipo, "yo acepto racionalmente que no necesito que me quieran, pero sin embargo me siento desolado cuando me rechazan", están informando de un pensamiento B que es inconsistente con una emoción C. Por otro lado, algunos clientes afirman que no son conscientes de

pensamientos B que precedan a sus conductas o emociones C problemáticos, lo que da a entender que no existe tal B, o que B es inconsciente.

El segundo problema con el paradigma ABC es que su uso en terapia puede llevar consigo algunos procedimientos clínicos cuestionables. Por ejemplo, si el terapeuta cognitivo cree verdaderamente en la hipótesis ABC, tiende a cambiar al cliente si éste la rechaza. Este cambio consiste en cuestionar directamente la lógica o la sinceridad del cliente, o proponer que hay cogniciones adicionales, inconscientes, por descubrir. Los cambios también pueden ser indirectos. Más que confrontar durante la sesión el rechazo del modelo ABC por parte del cliente, el terapeuta asigna tareas adicionales para casa o pruebas para evaluar esos supuestos. Esta no aceptación de paradigmas alternativos se encuentra en la terapia cognitiva de Aaron Beck (1976), a pesar de que dice rechazar la teoría del modelo ABC. Por ejemplo, Beck sugiere que los clientes que dicen que racionalmente "saben" que no son inútiles, pero que no lo aceptan a un nivel emocional, necesitan más terapia cognitiva porque los sentimientos disfuncionales sólo pueden ocurrir cuando no "creen verdaderamente" en el pensamiento racional (Beck et al. 1979, p. 302). La prescripción de "más terapia cognitiva" es una manera indirecta de cambiar el rechazo del cliente del modelo ABC.

Dada la complejidad de la conducta humana, parece poco razonable excluir otras explicaciones alternativas no mediadas cognitivamente, como exige el modelo ABC.

Desde el punto de vista de la FAP, podría darse un efecto antiterapéutico del modelo ABC cuando el terapeuta intenta cambiar a un cliente que no acepta la teoría ABC. Si este cliente buscaba ayuda para ser más asertivo o para tener más confianza en sus propias opiniones, en tal caso poner pegas a la teoría ABC del terapeuta sería una conducta deseable. Lo ideal sería que el terapeuta reforzara esta mejoría durante la sesión, mediante la aceptación y no castigar los desafíos.

Un tercer problema del paradigma ABC tiene que ver con la evidencia usada para sustentar la idea de que los sentimientos y conductas disfuncionales están causados por pensamientos B patológicos, irracionales o desviados. Un modo de adquirir evidencia que apoye esta idea consiste en comparar los pensamientos y atribuciones de los clientes con los de los sujetos "normales" (ver la reciente revisión de Beidel y Turner, 1986).

No es una sorpresa que los clientes suelan tener más pensamientos disfuncionales que los sujetos normales. Este tipo de investigación es problemática porque sólo demuestra que las personas que tienen problemas clínicos también tienen pensamientos irracionales, pero ello no demuestra que los pensamientos causen realmente los problemas. Además de apoyar el estatus causal de las cogniciones, esos datos apoyan igualmente la idea de que las cogniciones están causadas por sentimientos y acciones disfuncionales, o la de que tanto acciones, sentimientos y cogniciones están causados por una tercera variable. Algunos datos indican incluso que los sujetos deprimidos pueden valorar la realidad de un modo más exacto que los normales (Krantz, 1985). Estos datos no son consistentes con la explicación ABC de la depresión, en la que el pensamiento

B se define como una visión distorsionada o desviada de la realidad. Una reciente revisión de la literatura experimental sobre la relación entre estados internos y acciones, también apoya la idea de que a veces B (el estado interno) y C (la acción) no son congruentes (Quattrone, 1985).

El cuarto problema se refiere a la conexión entre teoría y práctica. No queda claro cómo se relaciona esta hipótesis cognitiva con muchos de los procedimientos terapéuticos concretos. Por ejemplo, ¿cómo y por qué una evidencia o una argumentación lógica cambia una estructura cognitiva?. ¿Cómo apoya la teoría cognitiva la defensa de un enfoque socrático, según Beck, en el que el cliente debe descubrir por sí mismo sus supuestos subyacentes?. ¿Hasta qué punto es relevante la instrucción directa a los clientes, según Ellis, para que asuman nuevas creencias?. ¿Cuáles son los principios teóricos que explican el cambio cognitivo como resultado de los experimentos que llevan a cabo los clientes en su vida cotidiana para comprobar hipótesis?. ¿Cómo ayuda a cambiar las estructuras el hecho de que el cliente hable sobre sus cogniciones y su relación con los síntomas (metacognición)?. ¿Cómo es posible disponer de terapias cognitivas que no sean metacognitivas (Hollon y Kriss, 1984)?. El tema aquí no es que la terapia cognitiva sea efectiva o no. Lo que resulta problemático es la adecuación de la teoría para dar cuenta de los resultados del tratamiento. Como señalaron Silverman, Silverman y Eardley (1984, p. 1112), los efectos clínicos resultantes de la terapia cognitiva están "esperando un fundamento lógico convincente".

Formulación revisada de la terapia cognitiva

Intentando mejorar el modelo ABC, los terapeutas cognitivos han vuelto a la teoría cognitiva básica y han revisado o han especificado más detalladamente a qué se refieren con B (cognición) y cómo está relacionada con los problemas clínicos. Por ejemplo, Hollon y Kriss (1984) delimitaron los diferentes usos del término *cognición* y distinguieron entre *productos cognitivos* y *estructuras cognitivas* (y sus *procesos cognitivos* asociados).[6]* Los productos cognitivos son directamente accesibles, conscientes, conductas privadas, tales como pensamientos, auto-afirmaciones y pensamientos automáticos. Las estructuras cognitivas, por ejemplo "esquemas", son las entidades organizativas subyacentes que desempeñan un papel activo en el procesamiento de información. Sin embargo, estas estructuras operan a nivel inconsciente, dado que su contenido no se puede conocer directamente, y deben ser inferidas a partir de los productos.

Como señalaron Hollon y Kriss, esta distinción es parecida a la diferencia lingüística entre estructura superficial y estructura profunda. La estructura superficial se refiere a lo dicho (verbalizaciones abiertas) o pensado (auto-afirmaciones encubiertas), mientras que la estructura profunda se refiere a lo que significan. Desde la perspectiva de Hollon y Kriss, el factor causal es la estructura cognitiva, mientras que el pensamiento o los productos cognitivos

---

6 *No se diferencia en este libro entre estructuras y procesos, porque las diferencias entre ellos no afectan a nuestro análisis.*

(pensamientos irracionales, auto-afirmaciones, pensamientos automáticos) constituyen "signos o indicios de la naturaleza de las propias estructuras de conocimiento".

Por esta razón, Hollon y Kriss afirmaron que cualquier intervención clínica que cambie los productos cognitivos sería meramente un tratamiento sintomático. De modo parecido, Safran, Vallis, Segal y Shaw (1986) advirtieron que el cambio de los productos tiene efectos clínicos limitados y que los esfuerzos deberían dirigirse a los procesos "centrales". Igualmente, Beck (1984) advirtió que pueden esperarse recaídas a menos que se cambien las estructuras cognitivas subyacentes, y afirmó que la idea de que los fenómenos cognitivos causen la depresión está "cogida por los pelos". Cabe suponer que los "fenómenos cognitivos", cuya causalidad rechaza Beck, son los productos cognitivos, mientras que las estructuras centrales o esquemas se consideran como causas.

Aunque en el ámbito teórico se ha reemplazado la causalidad de los productos cognitivos por la de las estructuras, no ha ocurrido el cambio correspondiente en las trincheras donde se aplica actualmente la terapia cognitiva. Los mismos terapeutas cognitivos que rechazan el papel causal de los productos cognitivos son los que publican manuales de tratamiento y casos clínicos que se centran en el cambio de productos cognitivos. Por ejemplo, Beck, Emery y Greenberg (1986) afirmaron que el terapeuta "debe ser capaz de comunicar claramente que la ansiedad se mantiene por una estimación errónea o disfuncional de la situación" y "debe dar esta explicación . . . en la primera sesión y reiterarla a lo largo de la terapia" (p. 168). Para Guidano y Liotti (1983, pp. 138-142) el primer paso importante en terapia se da "cuando los pacientes comprenden que su sufrimiento está mediado por sus propias opiniones."

Si la práctica clínica secundara el cambio en la teoría cognitiva, lo lógico sería que el interés se dirigiera al cambio de las estructuras "subyacentes". Desde el punto de vista conductual, esa separación entre teoría y práctica en terapia cognitiva tendría un sentido. Puesto que el único contacto que el terapeuta tiene con el cliente es a través de su conducta, y dado que definimos los productos cognitivos en términos de conducta, la intervención clínica puede definirse como un *proceso de cambio de conducta*. Sin embargo, las estructuras cognitivas se definen como entidades no conductuales, que el terapeuta no puede contactar. Puesto que las intervenciones clínicas están siempre limitadas al ámbito conductual -el pensar, sentir, hablar, teorizar, asociar, etc. del cliente-, es imposible concebir tratamientos que se centren en estructuras que no incluyan estas conductas de los clientes. Por ello, es difícil imaginar intervenciones dirigidas a las estructuras, que sean diferentes de las dirigidas a los productos.

Por ejemplo, Beck y cols. (1979) afirmaron que "las intervenciones cognitivas y conductuales [utilizadas] para modificar pensamientos . . . son las mismas que las . . . utilizadas para cambiar las asunciones ocultas" (p. 252). Lo único que diferencia el tratamiento clínico de los productos del de las estructuras es que éstas deben inferirse (p.e., el cliente debe abstraer o deducir la existencia de esa estructura). Sin embargo, una vez identificadas se utilizan los mismos métodos terapéuticos que para cambiar los

productos. Así pues, el terapeuta cognitivo se encuentra en una posición insostenible, está dirigido por la teoría para cambiar una entidad no conductual (la estructura subyacente) y al mismo tiempo se ve restringido a trabajar sólo con la conducta del cliente (los productos). Hollon y Kriss (1984, pp. 46-48) han calificado de dilema estas dificultades teóricas para cambiar los esquemas y la débil conexión entre la teoría y el modo en que se dan los cambios. Aunque ellos y otros psicólogos cognitivos, como Guidano y Liotti (1983), están trabajando para encontrar formas de resolver este dilema, cabría preguntarse si es que tiene, o se puede desarrollar, alguna solución satisfactoria. No es sorprendente, pues, que los detalles básicos y prácticos de la terapia se centren necesariamente en los productos.

REVISIÓN DEL MODELO A→B→C DESDE LA FAP

Como una alternativa, hemos propuesto una formulación de la relación pensamiento-conducta que mantiene la utilidad clínica pero evita los problemas de la hipótesis ABC original. De acuerdo con nuestro modelo, las cogniciones pueden desempeñar un mayor, menor, o ningún papel en los problemas de los clientes. En consecuencia, los métodos de la terapia cognitiva tendrán una efectividad diferente dependiendo del papel que tenga la cognición en el problema clínico. Nuestra concepción conductual de la cognición abarca diferentes tipos de conducta del cliente, que incluyen la conducta moldeada por las contingencias, la conducta gobernada por reglas y dos tipos

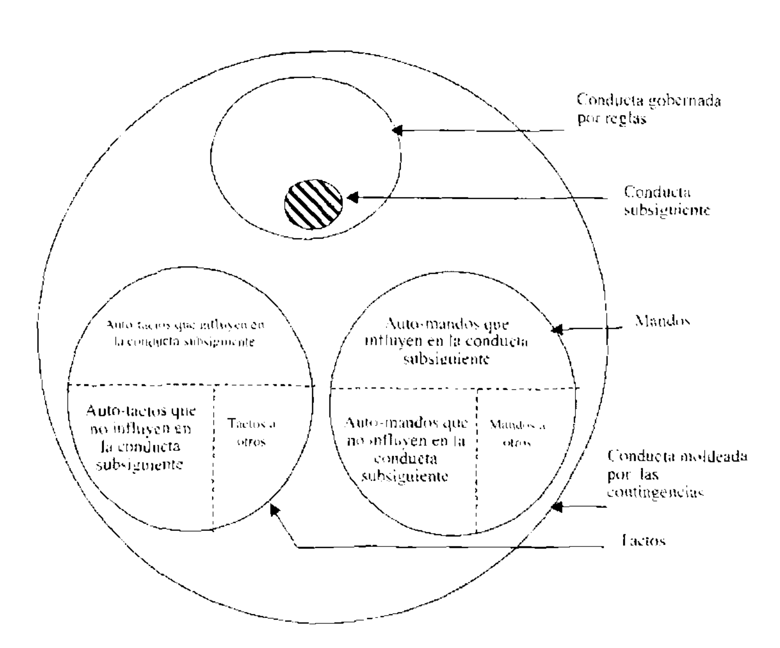


Figura 3. Tipos de conducta verbal que pueden o no influir sobre la conducta subsiguiente. Los auto-tactos y los auto-mandos, que influyen sobre la conducta subsiguiente, generan un subconjunto de conductas gobernadas por reglas (Área rayada)

de conducta verbal: "tactos" y "mandos". Como se muestra en la Figura 3, estos tipos de conducta se solapan unos con otros en distintos grados. En este análisis son especialmente importantes los auto-tactos y los auto-mandos. Antes de exponer nuestro modelo, elaboraremos los conducta moldeada por contingencias, tactos y mandos que ya se trataron en el Capítulo 3.

Conducta moldeada por las contingencias

Como ya indicamos anteriormente, las conductas moldeadas por las contingencias son aquéllas que han sido directamente fortalecidas por el reforzamiento. Sin embargo, muchas conductas no han sido directamente reforzadas y son, en mayor medida, una función del estímulo previo. Por ejemplo, las instrucciones son un estímulo previo que puede evocar conductas complejas que nunca han sido directamente reforzadas. Así, un instructor que muestra lo que hay que hacer puede evocar conductas que no han sido previamente reforzadas. En estos casos, las contingencias han moldeado una conducta más global (p.ej., imitar al instructor o seguir unas instrucciones), pero no han tenido aún la oportunidad de ejercer demasiada influencia sobre la conducta específica a imitar o realizar. Por tanto, toda la conducta está en última instancia moldeada por las contingencias.

A pesar de que a menudo las contingencias que implican reforzamiento positivo puedan ir acompañadas de una experiencia consciente de placer, dicha experiencia no necesariamente forma parte del proceso de reforzamiento y fortalecimiento, y no debería confundirse con él. Casi toda nuestra conducta (p.ej., hablar, andar, correr, etc.) es una consecuencia de los efectos fortalecedores del reforzamiento, y la mayoría de ellas han sido fortalecidas sin que nos diésemos cuenta del proceso. Las experiencias conscientes (que discutiremos más adelante) juegan un papel importante sobre la conducta, aunque diferente de la moldeada directamente por las contingencias. Sin embargo, el hecho de que la experiencia consciente se sienta de forma más directa que los efectos inconscientes del reforzamiento, puede hacer que se pasen por alto estos últimos.

Un modo de ver la conducta de Harriet (descrita en el ejemplo anterior) es que su conformidad fue puramente moldeada por las contingencias, y no estuvo influida por sus pensamientos precedentes. Desde este punto de vista, esa conformidad podría haber sido directamente moldeada por las experiencias con otras personas que se enfadaban con ella cuando las molestaba. Estas experiencias podrían haber ocurrido durante la niñez y/o la infancia preverbal. Podrían haber incluido el castigo de que le dijeran "no" u otros tipos de reprimendas verbales, el reforzamiento de conformarse, o bien el rechazo de otros cuando expresara sus deseos. Esto daría como resultado que ciertas respuestas (conformidad) fueran más fuertes que otras (asertividad). Así, la conformidad se ve como el resultado directo de las contingencias, y sería de esperar que volviese a ocurrir bajo condiciones apropiadas, tales como las que ocurrieron durante la sesión. A pesar de que tales contingencias pueden tener esos efectos particulares, esto no significa que la cliente sea consciente o se de cuenta del proceso. Por ello, es bastante probable que Harriet no fuese consciente ni se diera cuenta de las causas de su

conducta. En términos del paradigma ABC, la conducta moldeada por las contingencias se correspondería con A□C. El hecho de que otras personas respondan de un modo distinto ante una misma situación A, refleja las diferencias en sus experiencias pasadas con situaciones del tipo A.

Tactos y mandos: dos tipos de conducta verbal

Sin embargo, la explicación del moldeamiento por las contingencias no explica B, el pensamiento a que se refirió Harriet. Para explicar cómo Harriet llegó a tener sus pensamientos, hemos de volver a los conceptos de tacto y mando, dos tipos de conducta verbal.

Recordemos que los tactos incluyen el etiquetado y la descripción de acontecimientos y objetos. Por ejemplo, "esto es agua", "yo le grité" y "no puedo soportar esto" son ejemplos de tactos.

Por su parte, los mandos incluyen las órdenes, las amenazas y las preguntas. La característica fundamental de un mando es que sólo es fortalecido por un reducido conjunto de contingencias. Por ejemplo, el mando "tomaría un poco de agua" sólo será fortalecido si da como resultado que el oyente le proporcione agua o algún otro modo de sofocar la sed.

De acuerdo con el enfoque del análisis de conducta, los tactos y los mandos se aprenden del mismo modo que cualquier otra conducta. Así, las diferencias individuales en cuanto al momento y la manera de emitir tactos y mandos dependen de las experiencias particulares. Como ejemplo de cómo se adquiere un tacto, consideremos el caso de un niño que aprende a decir "camión" cuando pasa uno, puesto que éste es el modo en que lo describió su padre. El niño es reforzado directamente ("sí, llevas razón, eso es un camión") e indirectamente cuando "camión" forma parte de otros contextos (p.ej., el niño dice "quiero un camión" o "dame el camión"). De la misma forma en que se aprende a describir objetos inanimados o acontecimientos pasados, como "llovió el martes pasado", también se aprende a describir la conducta presente y la experiencia pasada, tanto la propia como la de los demás. Un hombre que se acerca a la silla del dentista y dice, "estoy preocupado porque esto me va a doler", está tactando probablemente (1) experiencias pasadas en las que sufrió daño por parte de los dentistas, (2) sus sentimientos de miedo (ver Capítulo 4 para una visión conductual del "sentir" y los sentimientos), y (3) una predicción sobre cómo va a reaccionar cuando esté en la silla.

Hasta este momento, hemos tratado el tacto y el mando emitidos en voz alta y dirigidos a otra persona. Sin embargo, es sabido que el tacto y el mando, independientemente de que se digan en voz alta o para uno mismo, también aparecen cuando la única persona que oye la descripción o la demanda es el propio hablante. Desde nuestro punto de vista, el auto-tacto y el auto-mando son funcionalmente equivalentes al tacto y el mando emitidos en voz alta cuando no hay nadie presente. La diferencia fundamental entre estos dos casos reside en la intensidad de la respuesta. Nos interesan particularmente el auto-tacto y el auto-mando porque constituyen lo que se conoce habitualmente como *pensar*. Así pues, definimos el pensar como la actividad de tactos y mandos dirigidos a uno mismo.

Seguidamente, trataremos de responder a la cuestión de por qué ocurre el pensamiento, así como el tacto y el mando en voz alta sin que haya una audiencia que escuche; es decir, hemos explicado por qué una persona emite un tacto o un mando cuando otros pueden oírlo, como "esto es terrible", "estoy ansioso", "ten paciencia", "mantén la boca cerrada", "levántate" y "hazlo ahora mismo". Pero no está tan claro por qué se piensa o por qué se habla en voz alta cuando no hay nadie presente.

Estamos especialmente interesados en el tacto y el mando dirigidos a uno mismo. porque a menudo abarcan lo que en terapia cognitiva se denomina con el término B. Por ejemplo. los terapeutas racional-emotivos ven en las palabras *debería* y *habría de* una causa de neurosis. y sus intervenciones clínicas están dirigidas a eliminar tales palabras del pensamiento de sus clientes (Ellis, 1970). Típicamente, estas palabras (debería y habría) se encuentran también en frases con auto-mandos como "nunca debo cometer errores" o "debería ser feliz". De forma similar el pensamiento "soy un indeseable" sería calificado por los terapeutas cognitivos como un pensamiento irracional o una hipótesis disfuncional que causa los problemas del cliente. El pensamiento "soy un indeseable" es un tacto dado a uno mismo. Por tanto, una explicación conductual de porqué ocurren los auto-tactos y auto-mandos, y cómo afectan a los problemas del cliente, es importante en nuestra visión de la cognición y de la terapia cognitiva.

Tactos y mandos generalizados que no influyen sobre la conducta subsiguiente

Creemos que el modelo ABC abarca varios tipos de relaciones B-C. Consideraremos en primer lugar [illegible] entre B y C, que ocurren cuando un auto-tacto o auto-mando es debido simplemente a generalización de estímulos, y no porque afecte a la conducta subsecuente. Así, estamos tan acostumbrados a emitir tactos y mandos en presencia de otros que cabría esperar cierta persistencia cuando estamos solos (p.ej., el niño que dice "camión" en voz alta aunque el padre no esté delante). Es de esperar que la generalización de las reacciones públicas al ámbito privado se dé fundamentalmente cuando la forma pública sea muy intensa. Por ejemplo, la fuerza considerable que tienen los mandos a otros puede ilustrase por la frecuente generalización hacia los objetivos inanimados, como cuando gritamos "¡arranca!" a un coche ahogado, o gritamos avisando a nuestro equipo de fútbol mientras vemos un partido por televisión. Obviamente, estos tactos y mandos no tienen efectos sobre los objetos. Otro ejemplo de mando sin audiencia que aparece debido a la generalización de una conducta muy fuerte, es la que observamos en los indios Kaingang, que gritan a las tormentas para hacerlas huir (Skinner, 1957). Skinner explicó esta conducta en términos de su parecido con la de gritar a las personas para que se vayan, y por el reforzamiento ocasional cuando finalmente desaparecía la tormenta.

Permítasenos volver al caso de Harriet y explicar cómo podría haber tenido pensamientos (una conducta) que parecía haber causado la conducta subsiguiente, cuando en realidad no estaban relacionadas. En este ejemplo, suponemos que su pensamiento es un auto-tacto debido a la generalización, y que su conformidad ha sido moldeada solamente por las contingencias. Para que

el auto-tacto de Harriet fuese debido a generalización, debería haber tenido una historia en la que aprendiese a describir a otros su propia conducta y sus experiencias, tales como contarle a su madre que "papá se enfadó cuando le dije que no" (un tacto). Así pues, debido a la generalización de estímulo muestra conductas similares cuando no hay nadie presente (p.ej., tactando experiencias recientes). Estamos asumiendo que el padre no reforzó a Harriet por responderle que no, y más bien reforzó la obediencia a sus exigencias. Como estas contingencias (las reacciones del padre) fueron moldeando directamente su patrón conductual de conformidad y evocando sentimientos asociados, además también se describió a sí misma las contingencias (p.ej., "papá me apartó de un empujón cuando le pedí que me prestara atención") y sus propias conductas respondientes y operantes ("corrí a mi habitación y empecé a llorar"). Así, al mismo tiempo que se moldeaban la conformidad y la falta de asertividad, se describía a sí misma los acontecimientos conforme iban sucediendo. Ella pensaba y, al mismo tiempo, se conformaba, pero el pensamiento y la conformidad eran independientes. Ahora, en situaciones parecidas Harriet mostrará igualmente ambas conductas, es decir, pensará y asentirá. En términos del paradigma ABC, estas acciones se presentan en la Figura 2b. Lo que ocurre en este caso es que B precede temporalmente a C, pero B no tiene efecto sobre C.

Las combinaciones de estas dos conductas separadas, la conformidad moldeada por las contingencias y la generalización del auto-tacto o del auto-mando, explican cómo una persona puede tener pensamientos (conducta de pensar) y conductas (una conducta subsiguiente) que no están causalmente asociados, aunque lo parezca. Si en algunos de los clientes se dan realmente este conjunto de circunstancias, sería un error tomar sus pensamientos como causales, para intentar adaptarlos al paradigma ABC, y (completando el error) ignorar el papel que jugaron las contingencias en la formación de la conducta.

Tactos y mandos generalizados que influyen sobre la conducta subsiguiente

Hasta ahora hemos visto el pensamiento como conducta que no entra en la cadena causal de acontecimientos que llevan a C. Pasaremos ahora a examinar las circunstancias en las que un auto-tacto y un auto-mando pueden tener un efecto considerable sobre la conducta subsiguiente. Sin embargo, antes de hacerlo, es importante aclarar un problema semántico relativo a la palabra *causa*. Los psicólogos cognitivos y los conductistas radicales se refieren a cosas diferentes cuando hablan de causas. Para el psicólogo cognitivo, el efecto de los propios pensamientos sobre la conducta representa un tipo de relación causal (aunque sólo sea parcial, incompleta o similar). El término *causa* significa simplemente que se considera que los pensamientos producen un cambio en la conducta. Para el conductista radical, el término *causa* se limita a los efectos de las contingencias. Los mismos efectos que se denominan como *causales* para los cognitivistas, esto es, los efectos de los pensamientos sobre la conducta que les sigue, para los conductistas radicales también existen, pero se describen de manera diferente.

Por ejemplo, Skinner (1957) dijo sobre los acontecimientos privados que son

"útiles", "aceleran la adquisición" (p. 445) y tienen "efectos prácticos" (p. 440). En su discusión sobre la formulación de una regla para guiar la propia conducta, Skinner (1969) hablaba del caso de una persona que formulaba auto-tactos porque de ese modo podía comportarse de forma más "efectiva" (p.159). Hayes (1987), al hablar de la relación pensamiento-conducta, se refería a los tipos de contingencias que llevarían que ocurrieses una conducta que, a su vez, "influiría" sobre otra conducta (p.331). Así pues, parece que tanto los cognitivistas como los conductistas radicales observan un fenómeno similar, pero usan términos distintos para describirlo. Quizás parte del conflicto entre las dos posiciones sea debido a esta diferencia.

El auto-tacto puede ser provechoso para el propio individuo cuando le ayuda a aclarar o identificar una situación que, de otro modo, podría ser confusa. Por ejemplo, el primer autor estuvo tratando a una mujer que a veces se volvía hostil de forma inesperada durante las sesiones. Algunas de las condiciones que le producían esta hostilidad eran: (1) que las interacciones con su marido hubieran ido bien durante esa semana y sintiese que yo estaba demasiado beligerante y exigiéndole mucho durante la sesión, (2) que hubiese tenido una mala semana con su marido y me viera a mí demasiado distante o poco implicado, y (3) que sintiera que yo estaba siendo demasiado complaciente. Darle a la cliente estas interpretaciones (Regla 5) no fueron útiles en ese momento de la terapia, sólo produjeron más hostilidad. Sin embargo, estas interpretaciones sí fueron útiles para mí. El auto-tacto me ayudó a definir cómo responder de una manera terapéutica a esa hostilidad. La mayoría de las interacciones humanas son bastante complejas, y la forma en que uno realiza tacta (etiqueta, categoriza o clasifica) la situación puede ayudar a determinar una reacción efectiva.

Del mismo modo, el auto-mando podría incrementar la efectividad de la tarea que una persona se trae entre manos. Un ejemplo claro de esta situación son las observaciones de Skinner sobre una niña que se hablaba en voz alta mientras ensayaba con el piano: "no, espera", "un minuto" y "¿está bien?" (1957, p. 444). Tales auto-mandos podían ayudarle a fortalecer las conductas subsiguientes de detenerse y oírse. En un primer momento, la niña decía estos mandos debido a la generalización a partir de haberlos oído en los demás y de habérselos dicho a otros. Finalmente, y con suficiente experiencia, las contingencias relativas a un mayor dominio del piano (p.ej., su utilidad) influirían en que la niña siguiera, o no, emitiendo y siguiendo esos mandos para ella misma (bien en voz alta o como un pensamiento). Otro comentario, o auto-tacto, de la niña fue, "está en clave de sol". Esta descripción podría ayudarle a reducir los errores, tal como lo harían las frases de su profesor.

Aunque esta sección trata sobre los pensamientos que afectan a la conducta subsecuente, Skinner hizo también otras observaciones sobre la niña, que ilustran el caso antes discutido sobre que los pensamientos no tienen efectos. La niña también decía "me duele mucho el dedo", y le decía al metrónomo "¡no corras, vas muy deprisa¡". Skinner suponía que estas frases no tenían efecto en su conducta subsecuente de tocar el piano. Así, mientras observaba a la misma niña haciendo la misma tarea una

y otra vez, Skinner sugirió que algunos de estos auto-tactos y auto-mandos tenían un efecto subsecuente sobre la conducta y otros no lo tenían. Esto corresponde con el punto de vista de la FAP sobre los pensamientos del cliente. Más aún, los auto-tactos y auto-mandos que producen un fortalecimiento o alguna utilidad para la conducta, contribuyen a mantener la generalización, de forma que también ocurrirán aunque no tengan efecto sobre la conducta subsecuente.

Este ejemplo en que los auto-tactos y auto-mandos pueden fortalecer la conducta susbecuente, podría bien aplicarse al caso de Harriet. Supongamos que Harriet hubiera aprendido a describir ciertas peticiones de los demás (sin importar lo inofensivas que fuesen) como una prueba de su amor por ellos. Podría haberlo aprendido de niña mediante el trato con una madre narcisista necesitada de frecuentes muestras de amor, y que preguntaría las cosas con una intención oculta. Por ejemplo, cuando la madre preguntara, "¿te gustó el pastel que te hice?", la pregunta tendría poco que ver con el sabor del pastel. En realidad querría decir, "¿me quieres y aprecias lo que hago?", "Si no lo haces, me deprimiré y me enfadaré."

Debido a la dificultad que tiene un niño para discriminar entre una pregunta "real" y una de prueba, Harriet podría haber experimentado castigos y recompensas impredecibles. Más aún, supongamos que ella hablara de este problema con sus amigos o con un terapeuta, y llegara a darse cuenta de las condiciones que diferenciaban una pregunta normal de una pregunta de "prueba". Después de ello, cuando Harriet se enfrentara a una pregunta revisaría de forma privada (tactar) las condiciones para decidir (discriminar) si se trataba de una prueba o no. Entonces, podría decirse a sí misma, "Esto es una prueba de amor. Si la rechazo se enfadará, si le sigo la corriente se alegrará". En términos del paradigma ABC, esta relación queda representada en la Figura 2a.

Naturalmente, esta descripción del pensamiento de Harriet se corresponde más estrechamente con el paradigma de la terapia cognitiva, donde B es un producto cognitivo, como una auto-afirmación o un pensamiento consciente. Tal modelo asume que no hay una conducta C, moldeada o condicionada de modo independiente.

Sin embargo, nuestra opinión es que incluso si la conducta de Harriet hubiese estado influida por su pensamiento, en correspondencia con el paradigma A→B→C, con el tiempo experimentaría el éxito o el fracaso de su proceso de decisión. Entonces, su conformidad hubiese estado más influida por los efectos inconscientes de las contingencias y menos por el "proceso de decisión" consciente. Este proceso en el que las conductas moldeadas por las contingencias, los auto-tactos y los auto-mandos empiezan siendo independientes pero acaban interaccionando unos con otros, representa otra posible disposición de la relación pensamiento-conducta. De este modo, después de un tiempo, una reacción inicialmente causada por el auto-tacto o el auto-mando, acabaría siendo moldeada por las contingencias.

Una interpretación ligeramente distinta del pensamiento de Harriet es considerar que la conducta C fuese moldeada por las contingencias y, además, suponer que un pensamiento B también fortalece a C. En otras palabras, Harriet podría haber tenido

los efectos inconscientes del reforzamiento que harían más probable su conducta conformista, y, al mismo tiempo, emitir un auto-tacto consciente que podría fortalecer aún más esa conformidad. En este caso, la conducta C sería más fuerte que si estuviese moldeada únicamente por las contingencias, o exclusivamente evocada por el pensamiento B. Este paradigma se presenta en la Figura 2c.

Las formulaciones conductuales de las relaciones pensamiento-conducta expuestas hasta ahora no agotan todas las posibilidades. Es posible encontrar el caso representado en la Figura 2d, en el que las reacciones emocionales y/o conductuales son evocadas directamente y, entonces, al modo James-Lange, los clientes se figuran lo que deberían haber estado pensando. También es posible el caso de que un pensamiento B independiente tenga efectos sobre la conducta subsiguiente debido al efecto de consistencia, el cual ocurre en las personas que han aprendido que "uno debe practicar lo que predica" o "no decir una cosa y hacer otra". En el caso de la consistencia, los pensamientos influyen sobre la conducta subsiguiente porque estas personas han sido reforzadas por hacer lo que dijeron que iban a hacer, y fueron castigadas cuando sus acciones no eran consistentes con su conducta verbal.

También es importante señalar algunos de los problemas específicos producidos por el hecho de que los pensamientos B no puedan ser observados directamente y deban basarse bien en autodescripciones o bien ser inferidos. Así, es posible que la descripción de un pensamiento B propio, como el dado por Harriet, no podría ser más que una fabricación o aquello que requiere el convencionalismo social. Incluso en estos casos, donde el cliente está describiendo un pensamiento B lo mejor posible, se sabe que esa introspección es poco fiable y está sujeta simultáneamente a múltiples influencias.

Si bien una explicación completa de las relaciones pensamiento-conducta podría incluir estos y otros paradigmas y factores de influencia, sin embargo con lo expuesto hasta aquí puede entenderse bien la explicación de la FAP y algunas de sus implicaciones teóricas más importantes.

Conducta gobernada por reglas

Trataremos a continuación sobre la relación entre reglas, conducta gobernada por reglas, el auto-tacto y el auto-mando. Introducimos este tema porque la literatura sobre reglas y conducta gobernada por reglas (Skinner, 1969; Zettle y Hayes, 1982) es relevante para nuestra forma de entender la relación pensamiento-conducta y ayuda a aclarar diversas cuestiones.

Cuando un tacto, o un mando, especifica una contingencia y la conducta requerida, pasa a denominarse una *regla*. Por ejemplo, la afirmación "si fueses más amable tendrías amigos" es un tacto que, además, es una regla porque es una descripción que especifica una conducta (ser amable) y una contingencia (tener amigos). "Deberá usted hacer las tareas asignadas o dejar la terapia" es un mando que, a su vez, es una regla porque es una demanda que especifica una conducta (hacer las tareas) y una contingencia (acabar la terapia). De este modo, las leyes, los principios lógicos, los manuales de instrucciones, los mandatos, las máximas y las amenazas, son tactos y mandos que, al mismo tiempo, son reglas.

El ejemplo de auto-tacto de Harriet es un caso de regla porque especifica la conducta requerida (la conformidad) y las contingencias (evitar problemas). La conducta que ocurre como resultado del seguimiento de una regla se denomina *conducta gobernada por reglas*. Por ejemplo, una madre emite una regla cuando se dirige a su hijo "si no te levantas ahora mismo llegarás tarde a la escuela". El levantarse de la cama por parte del hijo será una conducta gobernada por reglas. Después de que se ha dado una regla, la conducta gobernada por reglas puede ocurrir o no ocurrir. Por ejemplo, uno puede decirse a sí mismo que debe acabar esta noche el artículo que está escribiendo o se sentirá fatal. Aunque este auto-mando sea una regla, puede, o no, dar como resultado una conducta gobernada por la regla (p.ej., podría acabar, o no, de redactar el artículo).

La conducta gobernada por reglas no ocurriría nunca, a menos que el individuo haya sido reforzado, en general, por actuar siguiendo reglas. Este reforzamiento ocurre desde la infancia, período en el que recibimos innumerables reglas del tipo "si haces (o no haces) tal y tal, te ocurrirá esto y lo otro". Obviamente, hay mucha variabilidad en cuanto a la precisión de las reglas. Algunos padres dan a sus hijos reglas precisas, y cuando el niño sigue la regla aparece la consecuencia previamente especificada. Para otros niños las reglas no son tan precisas, y aprenden a ignorarlas. Por ejemplo, los estudiantes licenciados tienen probablemente historias en las que fueron reforzados por seguir reglas, particularmente aquéllas que aparecen en clase. Seguramente, son ejemplos de personas que han sido reforzadas por seguir las instrucciones y enseñanzas de los profesores. Sin embargo, la conducta específica evocada por la regla puede que nunca haya sido reforzada. Así, un estudiante puede llevar a cabo un conjunto complejo de acciones, como diseñar, llevar a cabo o exponer analíticamente una investigación, acciones que no han sido moldeadas por las contingencias sino que son conductas gobernadas por reglas. Finalmente, sin embargo, prevalecerán las contingencias, como ocurre con toda conducta gobernada por reglas. Si las consecuencias de hacer la disertación son positivas (tales como llegar a conclusiones interesantes y valiosas que sean la base para una investigación posterior) el estudiante puede convertirse en un investigador prolífico. Si las contingencias son aversivas (tales como llegar a conclusiones erróneas y sin sentido, que requieren un análisis estadístico interminable) puede que nunca más haga más investigación tras esta disertación.

Como comentábamos en relación a los tactos y los mandos, las reglas se extraen de la propia experiencia directa, o bien de los demás, con las contingencias de reforzamiento, o del estudio de los sistemas que las establecen. El desarrollo para extraer reglas y conductas gobernadas por reglas llega a ser una parte considerable de nuestra conducta porque ayuda a acortar el tedioso proceso del moldeamiento. El auto-tacto que desarrolló Harriet es un ejemplo de ello.

Es difícil decir si una persona está actuando en base a reglas (A→B→C) o bajo contingencias (A→C) fijándonos solamente en la acción en sí misma. Por ejemplo, un jugador de póker que se hace un cálculo de las cartas desemparejadas antes de hacer una jugada (A→B→C) podría realizar las mismas acciones que otro cuya conducta

ha sido moldeada por las contingencias (A→C), pero sus variables de control son esencialmente diferentes. Así, un jugador está pensando qué hacer antes de hacerlo, y el otro confía en sus sensaciones o en su intuición, que es el aspecto experiencial de su historia previa de reforzamiento. Igualmente, la efectividad de cualquier intervención dirigida al cambio de conducta dependerá de si la conducta que se quiere cambiar es del tipo A→C o A→B→C. Si, por ejemplo, se quisiera cambiar la conducta de cada uno de esos jugadores, el que hace los cálculos previos podría verse más influenciado por los nuevos métodos de cálculo que se enseñan en una escuela de juego, que el jugador moldeado por las contingencias.

Skinner (1974) usa la distinción entre conducta gobernada por reglas y moldeada por las contingencias en su reconceptualización de muchos tópicos bipolares. Algunos de ellos son: deliberación *vs.* impulso, artificial *vs.* natural, intelecto *vs.* emoción, lógica *vs.* intuición, conciencia *vs.* inconciencia, superficial *vs.* profundo y verdad *vs.* creencia. De forma similar, la distinción de Skinner entre conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas guarda un notable parecido con la distinción de la terapia cognitiva entre productos y estructuras cognitivas.

Estructuras cognitivas y conducta moldeada por las contingencias

Como indicábamos antes, algunas formas de terapia cognitiva subrayan la importancia del cambio de estructuras (como opuestas a los productos), pero todavía carecen de métodos basados en la teoría para hacerlo. Puesto que el análisis de conducta es fundamentalmente una teoría sobre el cambio de conducta, podría ser útil traducir "estructura cognitiva" en términos conductuales, con el propósito de diseñar métodos de cambio.

Además de lo dicho en el epígrafe anterior en relación a las polaridades, las características de la conducta moldeada por las contingencias y las características de las estructuras cognitivas se parecen también en otros sentidos. Primero, los efectos del reforzamiento ocurren a un nivel inconsciente y las estructuras también son inconscientes. Segundo, los efectos del reforzamiento se definen funcionalmente (esto es, conductas aparentemente diferentes pueden conseguir el mismo efecto), lo cual es consistente con el significado profundo atribuido a las estructuras cognitivas. Tercero, la conducta reforzada se cambia a través de la experiencia con las contingencias y no "hablando sobre las contingencias", lo que se corresponde con la presencia no esencial de metacognición en el cambio de estructuras cognitivas.

Así, pues, estamos sugiriendo que las estructuras centrales a que se refieren los terapeutas cognitivos y las conductas moldeadas por las contingencias son una misma cosa, lo que vendría a significar que los terapeutas cognitivos deberían prestar más atención a las contingencias cuando intentan cambiar estructuras centrales. Prestar atención a las contingencias es exactamente lo que hacía Jacobson (1989) cuando describía el modo en que usaba la relación terapeuta-cliente para cambiar en un cliente una creencia central sobre su "maldad". De acuerdo con Jacobson, la estructura central se cambió el cliente aceptó "el riesgo de

dejar que lo conociera íntimamente", y ese riesgo fue "recompensado" por la aceptación y aprecio del terapeuta.

Una diferencia conceptual entre conducta moldeada por las contingencias y estructuras cognitivas es que la primera es una entidad conductual y la última no es una entidad conductual. Considerar las estructuras como entidades no conductuales tiene el desafortunado efecto de distraer la atención de los procesos conductuales. Por ejemplo, los terapeutas cognitivos no suelen reconocer que el papel del reforzamiento es una parte inherente a sus procedimientos. El efecto de la atención del terapeuta, o de las reacciones de otras personas significativas, puede incidir de modo importante sobre lo que un cliente hace o dice. Independientemente de la orientación teórica, suele aceptarse que el reforzamiento es un factor a tener en cuenta, al menos de vez en cuanto. Sin embargo, los terapeutas cognitivos parecen tener fobia al término *reforzamiento* en sus análisis teóricos. Hollon y Kriss (1984) no hacen siquiera una referencia al mismo. Igualmente, en el caso anterior descrito por Jacobson (1989) se muestran las operaciones del reforzamiento que se utilizaron, pero no se usa el término *reforzamiento*. Incluso Wessells (1982), en una elegante defensa de la psicología cognitiva, se lamentaba de que los cognitivistas, desafortunadamente, hayan descuidado el papel de las contingencias al explicar la conducta.

Un terapeuta cognitivo que hiciera un análisis de Harriet probablemente incurriría en este descuido sobre el papel de las contingencias. Desde su perspectiva, la conformidad de Harriet podría haber ocurrido debido a sus estructuras cognitivas subyacentes, y estas estructuras se ven como entidades con existencia independiente de la conducta. Dados estos supuestos, la explicación cognitivista de las acciones de Harriet y sus correspondientes métodos para cambiarlas requerirían de algo más de lo que uno necesitaría para explicar y cambiar la conducta directamente. No es necesario decir que la explicación de la FAP sobre las acciones de Harriet implica intervenciones clínicas y conductas que se describen en términos de cambio de conducta.

IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL PUNTO DE VISTA DE LA FAP SOBRE LAS CREENCIAS

Aunque estamos de acuerdo con los terapeutas cognitivos en que el pensamiento puede preceder a las acciones, siempre consideramos la relación pensamiento-conducta como una relación conducta-conducta. Cuando los pensamientos se consideran conducta, el terapeuta ha de buscar los diferentes orígenes implicados en la conducta de pensar y, en particular, prestar atención a las contingencias de reforzamiento en curso, en cuanto a su desarrollo y su modificación. Exponemos a continuación las cuatro implicaciones principales de entender el pensamiento B como conducta.

Centrarse en el pensamiento aquí y ahora

El pensamiento del cliente estará más sujeto a cambios terapéuticos si ocurre espacial y temporalmente cercano a las contingencias y estímulos de control relevantes. Así, siempre que sea posible,

recomendamos fijarse en el pensamiento, creencias, y otras conductas relevantes que ocurran durante la sesión. Conforme va apareciendo el pensamiento disfuncional del cliente durante el curso de la relación terapéutica, suelen darse oportunidades para moldear directamente pensamientos B más adaptativos. Por ejemplo, supongamos que el problema de Harriet es del tipo A→B→C. Entonces, la conformidad de Harriet ocurriría *porque* pensaba que con ello demostraba su interés y *porque* pensó que hacer algo distinto hubiera hecho enfadar al terapeuta. Estos son ejemplos de pensamientos B que ocurren en el contexto de la relación. El pensamiento de Harriet podría haberse confrontado y reinterpretado en ese momento, y podrían haberse estimulado nuevas conductas.

En contraste con esta posición, los terapeutas cognitivos se centran en la conducta que ocurre en cualquier otro lugar. Cuando esta posición se lleva al extremo, el terapeuta cognitivo puede evitar e incluso impedir explícitamente las oportunidades terapéuticas que proporciona la interacción terapeuta-cliente. Por ejemplo, en una discusión sobre "problemas técnicos" al hacer terapia cognitiva para la depresión, Beck et al. (1979) planteaban el problema de un cliente que decía, "está usted más interesado en hacer investigación que en ayudarme a mí". Primero, Beck señaló acertadamente que, aunque no diga nada, un cliente que se encuentra en un proyecto de investigación clínica puede albergar esos pensamientos en secreto. Sin embargo, la razón de que ocurran esos pensamientos, de acuerdo con Beck, es que los clientes deprimidos podrían estar distorsionando lo que hace el terapeuta. Sugería, pues, que el terapeuta preguntara si existían estas dudas, hacerlas evidentes, y tranquilizar al cliente. De acuerdo con Beck, y si fuera posible, el terapeuta debería evitar estos problemas anticipando su aparición, y dando al cliente una explicación completa sobre el tema.

La FAP analizaría esa situación de forma diferente. El que una cliente deprimida se sienta poco importante para el terapeuta refleja el hecho de que la situación terapéutica podría estar evocando el problema que la cliente experimenta en sus relaciones cotidianas -no actuar como alguien importante y que nadie le pregunte sobre sus deseos-. Esto se vería, no como un problema técnico del que habría que deshacerse, sino como una situación que proporciona una importante oportunidad terapéutica. Además, el terapeuta FAP no asumiría que la cliente está distorsionando la realidad, sino simplemente el terapeuta está contactando con diferentes aspectos de la situación de la cliente. Es posible, incluso, que la investigación sea más importante para el terapeuta y, si es así el cliente no estaría "distorsionando". Además, el hecho de que el cliente tuviese esas sospechas en secreto y no las comunique al terapeuta, sugiere también un problema clínico del cliente al no ser directo ni asertivo durante la sesión.

Aunque, en general, su teoría podría llevar a que el terapeuta cognitivo pase por alto situaciones que serían de gran interés para un terapeuta FAP. Beck reconoce que ciertas interacciones terapeuta-cliente pueden ofrecer una oportunidad terapéutica. Por ejemplo, al discutir sobre las formas de estrechar la colaboración, señalaba que un cliente podría reaccionar a una tarea para casa como si se tratase de un test de valía personal, y que el terapeuta debería estar

atento para advertir esta situación (Regla 1) y utilizarla como una oportunidad para corregir cogniciones erróneas. Sin embargo, Beck no da especial importancia al hecho de que el trabajo terapéutico se centre en la conducta tal como está ocurriendo. En su lugar, él lo veía como si tuviera los mismos efectos que tratar una cognición que ocurriese en cualquier otro lugar. Jacobson (1989), por su parte, señaló la importancia de centrarse en la conducta durante la sesión cuando llevaba a cabo la terapia cognitiva de Beck. Además, sugirió también que se incorporase este factor entre los pilares conceptuales de la terapia cognitiva para la depresión.

Tener en cuenta los diversos papeles que pueden desempeñar los pensamientos

Además de considerar que los pensamientos son conducta, creemos que los pensamientos B pueden o no desempeñar algún papel en los problemas del cliente. Volviendo a nuestra discusión anterior, veíamos tres posibilidades: (1) que el pensamiento influyera sobre la conducta subsiguiente, (2) que el pensamiento no influyera sobre la conducta subsiguiente, y (3) que el pensamiento contribuyese al fortalecimiento de una conducta subsiguiente moldeada por las contingencias. En otras palabras, el grado de control ejercido por el pensamiento sobre los síntomas clínicos es un continuo. En uno de sus extremos se encuentra el tipo puro A→B→C, en el que la B precedente es una conducta que corresponde a un producto cognitivo y que influye sobre el problema del cliente. El tratamiento, en este caso, iría dirigido al cambio de B. Aquí estarían indicados los procedimientos expuestos en la Regla 5 sobre ofrecer interpretaciones, así como las técnicas cognitivas de la argumentación lógica, interrogar sobre las evidencias, y las instrucciones directas para el cambio de creencias.

En el otro extremo del continuo se encuentra el tipo A→C, en el que el síntoma ha sido moldeado únicamente por las contingencias. En este caso, el tratamiento estaría dirigido a cambiar directamente C -se centraría en exponer al cliente al reforzamiento positivo, tanto en la sesión de terapia como en el ambiente natural, para que moldeara y mantuviera nuevas conductas C-. Las interpretaciones dadas a los clientes también se corresponderían con el modelo A→C. Para ilustrarlo, veamos el caso de Cristina, que fue criada por una madre esquizofrénica paranoide y sufrió abuso sexual por parte de sus padres adoptivos cuando era adolescente. Incluso antes de empezar a hablar sufrió abuso, rechazo, privación y abandono, de forma continua durante toda su infancia. No es de extrañar que se sintiera frecuentemente deprimida y enfadada.

A continuación, ofrecemos un extracto de una sesión con Cristina tras 6 años de tratamiento con el segundo autor:

P: La vida es el teatro de los horrores. Tengo una sensación de humillación. No quiero luchar, prefiero imaginar cómo morir. Así es como me siento cuando estoy deprimida. Lo único que me ofrecería un poco de esperanza sería tener a alguien en mi vida. Así las cosas no parecerían tan espeluznantes. (Parece que la cliente está haciendo una interpretación ABC del tipo "me deprimo

cuando no tengo a nadie en mi vida" y "Ahora no tengo a nadie, por tanto estoy deprimida")

T: Pareces cerrada a mí, no aceptas mi amor y mi cariño. (Respondí como si su depresión fuese un problema ABC al ofrecer la interpretación "Yo estoy en tu vida, lo único que tienes que hacer es aceptarme y no te sentirás deprimida").

P: Tu problema es que no tienes nada de empatía. Nunca has estado tan deprimida como yo lo estoy. Si fuera así, no dirías cosas como "ábrete a mí" o que tu amor debería mejorar las cosas. Estoy sola el 99% del tiempo, día tras día, un fin de semana tras otro y ¿tú esperas que yo venga aquí y me abra como una florecilla? (Cristina me está haciendo ver, sin lugar a dudas, que no le gustó la interpretación ABC. Lo que hice podría haber sido similar a las demandas de otras personas, en las que se sitió y actuó de forma conveniente para otros. (Ver el Capítulo 6 sobre el desarrollo del yo).

Como se aprecia en este ejemplo, el hacer un tipo de interpretación que supusiese una petición a Cristina para hacer o sentir de una determinada manera, la hacía enfadar y me veía como carente de empatía. Me encontraba en una situación difícil. Las interpretaciones son uno de los principales medios para indicar al cliente que sus ideas se toman en serio. En ese momento, necesitaba hacer una interpretación que fuese consistente con su experiencia, es decir, con una formulación A→C, y que al mismo tiempo relacionara la respuesta de Cristina hacia mí en el contexto de su historia (Regla 5). Además, necesitaba ser empática y no pedir nada, así que le escribí un poema:

Depresión

Destrozada y agotada
por las atrocidades de la vida,
ahogándome en mi vergüenza
presa en una húmeda y oscura cueva
sin esperanza de escapar
un bebé llora en mi interior
agonizando porque lo cojan
agonizando.

Extiendo los brazos
pero tú no me oyes.
Tú y yo estamos separados
por gruesos muros de cristal.
Puedes verme, pero no sentir
el veneno de mi alma.
Me hablas de salir de mi prisión,
pero ¿no ves que necesito
que estés a este lado de los barrotes?

Siempre he estado sola.
Sola como un bebé,
golpeada por la esquizofrenia
y la depresión de mi madre.
Sola como una niña,
sin nadie que me diera su mano.
Sola como una adolescente,
usada como un objeto sexual
por sus padres adoptivos y sus amigos.
Usada ... y desechada.

Trato desesperadamente de llenar mi vacío
con penes sin rostro
que sólo penetran en mi corazón.
Los ocasionales destellos de luz
a través de las capas de mierda de mi cerebro
no son suficientes...
No quiero vivir

Descargo mi furia sobre ti
porque no hay nadie más.
Pero ni siquiera tu estás ahí.

Le envié el poema con esta nota: "Cristina, no sé cómo llegar a ti cuando estás deprimida. Este poema es un intento de conectar contigo, de ver el mundo con tus ojos. Te quiero mucho. Espero". Me contestó diciendo que era una de las cosas más hermosas que nadie había hecho nunca por ella.

Durante su infancia, Cristina fue tratada como una inútil; es decir, desarrolló una conducta moldeada por las contingencias de dejarse cuidar por otros, aunque la dañaran (ésta es una conducta que es congruente con la noción de que ella no valía nada). Se sentía, actuaba y se describía a sí misma como una inútil. De acuerdo con nuestro modelo, tenía el auto-tacto "soy una inútil" (A→C→B). Yo acepté sus pensamientos de inutilidad como auto-tactos que se correspondían con su pasado y con su experiencia de sí misma. Por tanto, no utilicé la lógica para convencer a Cristina de que su creencia era errónea, para convertirla así en una persona "que vale la pena", sobre todo porque ella ya conocía todos los argumentos lógicos al respecto. Ni tampoco traté la creencia de inutilidad de Cristina como una hipótesis que había que probar y rechazar. En su lugar, me dediqué a fortalecer los repertorios característicos de una persona "valiosa". Este procedimiento consistió en reaccionar ante ella como ante una persona "valiosa" durante un largo tiempo, respondiendo y tomando en serio todos sus pensamientos e ideas, tratándola con cariño y respeto, dedicándole el tiempo y la energía que merece una persona valiosa. El poema era congruente con este enfoque.

No es necesario decir que tratar la experiencia de inutilidad y depresión de Cristina como "irracional" hubiera sido anti-terapéutico, debido al rechazo y humillación implícitos en sus pensamientos y sus sentimientos. Por tanto, desde un punto de vista conductual, la terapia apropiada para un cliente con un problema del tipo A→C se parece más a la "experiencia emocional correctora" defendida por algunos terapeutas de orientación psicodinámica.

Ofrecer explicaciones relevantes a los problemas de los clientes

Nuestro análisis también tiene implicaciones sobre las explicaciones que se ofrecen a los clientes acerca de sus problemas. Aunque es posible que un cliente con un problema A→C mejore cuando se le da una interpretación A→B→C, también es posible que se obtenga un menor resultado. Esto es especialmente cierto para los clientes que han crecido en familias disfuncionales y con adultos insensibles a sus sentimientos. Muchos de nuestros clientes sufrieron abuso emocional, incluyendo abandono, negación o castigo por expresar sus sentimientos. Los niños a los que se les ha dicho repetidamente, tanto directa como indirectamente, "no tienes razón para pensar o sentirte así", suelen crecer con problemas del yo (ver Capítulo 6 para más detalle). No confían en sus sentimientos y no están seguros de quiénes son. Tratar a estos clientes con técnicas de terapia cognitiva y darles explicaciones que sugieran que sus supuestos, creencias o actitudes son disfuncionales y/o irracionales, conlleva el riesgo de reproducir las mismas contingencias asociadas a la invalidación y alienación que experimentaron mientras crecían. Además, los clientes con un problema A→C tratados como si fuera del tipo A→B→C, pueden abandonar el tratamiento si se sienten invalidados y alienados.

Otra posibilidad es que los clientes a quienes se ha dicho incorrectamente que sus problemas están controlados por los pensamientos precedentes y no por una historia de reforzamiento, pueden emplear demasiado tiempo trabajando sobre sus pensamientos para excluir las experiencias del mundo real. Por ejemplo, tomemos el caso de una mujer cuyo miedo al rechazo provenga de sus tempranas experiencias preverbales con una madre psicótica. Sus reacciones al rechazo son inmediatas e inconscientes. Para esta cliente, es más importante exponerse a una variedad de experiencias interpersonales que no vayan seguidas por las extremas consecuencias que experimentó con su madre, que tenerla ocupada en interminables argumentaciones lógicas para que acabe renunciando a la idea irracional "necesito que alguien me quiera todo el tiempo".

Usar la manipulación cognitiva directa con precaución

Nos hemos estado centrando en los problemas que pueden darse cuando tratamos un problema del tipo A→C como si lo fuera del tipo A→B→C. No obstante, las manipulaciones cognitivas directas utilizadas a veces por los terapeutas cognitivos pueden beneficiar a los clientes aunque sus problemas sean del tipo A→C. Definimos las manipulaciones cognitivas directas como las conductas del terapeuta que implican apelar a la razón, la argumentación lógica, o decirle al cliente que una creencia particular no encaja con las observaciones del terapeuta. Entonces, de manera fundamental, la manipulación cognitiva directa consiste en dar reglas. Cuando el cliente responde a la regla con cambios en B (productos cognitivos, tales como creencias o pensamientos automáticos), estos cambios son conductas gobernadas por reglas. Este proceso puede beneficiar al cliente por varias razones. Primera, parece razonable afirmar que las creencias contribuyen, al menos en algún grado, a muchos problemas de los clientes, incluso si el factor inicial fuese resultado de las contingencias. Este paradigma se ilustra en la Figura 2c. Serían entonces de ayuda los métodos de la terapia cognitiva dirigidos a cambiar directamente B, particularmente si el cliente fuese, además, expuesto a contingencias por mejorar su conducta.

Las técnicas de la terapia cognitiva para los problemas A→C también podrían ser beneficiosas para los clientes que tienen un pensamiento lógico y lineal, y que ya interpretan su problema de acuerdo con la hipótesis ABC (aunque su problema sea del tipo A→C). El beneficio se da porque tales personas han aprendido a ser coherentes. Esto es, crecieron en ambientes en los que se valoraba mucho "practicar lo que predicas" y no "decir una cosa y hacer otra". Este tipo de cliente tiene cierta inclinación a actuar de acuerdo con una "creencia" que ha sido directamente instruida por el terapeuta. Sin embargo, la fuerza de tales inclinaciones es generalmente débil y depende del énfasis que se haya puesto sobre la coherencia dentro del entorno cultural del cliente.

Otro modo en que la manipulación cognitiva directa puede ayudar con los problemas A→C, es a través de las contingencias y reglas encubiertas que generan esos procedimientos. Por ejemplo, un efecto no intencionado de convencer racionalmente a los clientes para que mantengan una cierta creencia, es que implica una petición del te-

rapeuta, o una descripción que da a entender que los clientes mejorarán si se comportan como se les dice (una regla). Si a partir de entonces los clientes cambian su conducta, y este nuevo comportamiento es reforzado de modo natural, los clientes mejoran.

Por ejemplo, podría entenderse que convencer a Harriet de que *puede* tolerar la ira es una demanda encubierta o una instrucción implícita por parte del terapeuta para que actúe de un modo diferente. En este caso, los cambios en la conducta de Harriet podrían ser el resultado de seguir las instrucciones, es decir, conducta gobernada por reglas. La mejoría clínica significativa ocurriría si su nueva conducta fuese reforzada de modo natural en su vida diaria. Este proceso es más evidente cuando la terapia cognitiva incluye instrucciones abiertas y explícitas al cliente para que cambie su conducta. Por ejemplo, Beck et al. (1979) animaban a los clientes para que actuaran en contra de sus ideas porque "éste es el modo más potente de cambiarlas" (p. 264). Aunque Beck prefería ver esta intervención como un modo de cambiar una cognición (una idea básica), también puede verse como la emisión de una regla por parte del terapeuta y el seguimiento de la misma por parte del cliente, lo que da como resultado la exposición de la conducta del cliente a contingencias que fortalecen directamente la conducta ya mejorada. Este énfasis en construir una nueva conducta es consistente con la FAP.

Sin embargo, cuando los productos cognitivos y la conducta subsiguiente cambian porque el cliente está intentando complacer al terapeuta, puede ser antiterapéutico. El peligro está en que no se mantengan las mejorías mediante reforzamiento natural en la vida diaria del cliente, y los beneficios obtenidos durante la terapia se perderán cuando ésta acabe. Este problema se trató en el Capítulo 2 al hablar de las diferencias entre reforzamiento natural y reforzamiento arbitrario. Puesto que las manipulaciones cognitivas directas implican instrucciones directas sobre cómo pensar o cómo comportarse, y realizan peticiones explícitas para mejorar, es difícil evitar complacer al terapeuta. Una notable excepción es el uso del método socrático y la "comprobación de hipótesis" por parte de Beck et al. (1979), que hemos visto ya como formas ingeniosas de reducir la motivación de complacer al terapeuta y poner al cliente en contacto con los reforzadores naturales.

Aunque los terapeutas que practican la FAP puedan apelar a la razón, las diferencias teóricas entre éstos y los terapeutas cognitivos implican comportamientos diferentes cuando ese tipo de intervenciones no tienen éxito. Lo que podría intentar un terapeuta cognitivo sería añadir argumentos sobre porqué los pensamientos del cliente son incorrectos. Desde el punto de vista de la FAP, conseguir que Harriet cambie su creencia convenciéndola racionalmente (al estilo Albert Ellis) de que "*puede* tolerar la ira", no garantiza un resultado favorable cuando en un futuro se encuentre realmente en la situación problemática. No hay garantías, porque no está claro qué conducta es la que ha cambiado al "convencerse", que no sea otra que decir "sí, creo que puedo soportarlo".

Cuando el cliente cambia la verbalización de una creencia debido a los argumentos lógicos del terapeuta, cambia el significado de la verbalización. Es decir, antes de la intervención terapéutica, esa verbalización de la creencia tenía la propiedad

de ser una descripción de experiencias pasadas o ser un indicador de la probabilidad de ciertas acciones. Sin embargo, tras el cambio de creencias debido a la argumentación lógica del terapeuta, ya no se derivan de la experiencia, sino que es una respuesta para complacer al terapeuta o para ajustarse a las reglas de la lógica. Por tanto, no es sorprendente que muchos clientes que han sido "convencidos" para cambiar sus creencias no muestren el consiguiente cambio de conducta cuando aparece la situación problemática. Tales "fallos" van normalmente acompañados de explicaciones como "puedo creer eso a nivel racional, pero no a nivel emocional". Para el terapeuta de la FAP no habría motivo para quedarse perplejo ante este estado de cosas, ya que no hay razón para esperar otra cosa.

Por el contrario, aceptaríamos las "inconsistencias" del cliente e intentaríamos identificar variables que expliquen esas conductas como (1) adoptar la creencia X y actuar en coherencia con la creencia Y, (2) intentar mantener una coherencia entre la creencia y el comportamiento, o (3) intentar complacer al terapeuta siendo una persona racional.

CASO ILUSTRATIVO

En el caso de Kelly (el primero de los descritos en el Capítulo 4), los pensamientos B parecían contribuir a la fuerza de su conducta moldeada por las contingencias. El tratamiento y la explicación de su conducta se basaron en ese modelo. Kelly tenía relaciones caóticas con los hombres debido, en parte, a sus erráticas acciones y estuvo a punto de reproducir ese mismo patrón finalizando prematuramente la terapia con el primer autor. Cuando le pregunté por qué quería abandonar, Kelly dijo que lo hacía *porque* estaba empezando a sentir que, de hecho, yo iba a decirle que no seguiría tratándola, y pensó en acabar ella primero. Aunque esto suene como un problema del tipo A→B→C puro, en el que B fuese su hipótesis sobre mis intenciones, supuse que también había presente conducta moldeada por las contingencias, ya que Kelly no podía identificar nada que yo hubiese hecho para producirle esa impresión. Este es el fenómeno que llevaría a los terapeutas psicodinámicos a decir que las causas de la evitación de Kelly serían inconscientes.

La historia de abandono de Kelly, que se remonta a su infancia, y su evitación de la posibilidad de sufrir nuevos abandonos escapando de las relaciones más estrechas, también apoyaban la hipótesis de la presencia de conducta moldeada por las contingencias.

De este modo, la ocurrencia de la CCR1 consistente en finalizar prematuramente la terapia se usó como una oportunidad *in vivo* para que Kelly pusiera a prueba sus suposiciones. Le aseguré que estaba comprometido a completar su terapia y que no la acabaría precipitadamente. Tranquilizada de este modo, se apaciguaron sus miedos y Kelly permaneció en terapia. Pero ya que su problema estaba también moldeado por las contingencias, mis intentos por calmarla sólo tendrían efectos temporales y sus miedos reaparecerían. En ocasiones, sin embargo, podría recordar mis palabras tranquilizadoras y moderar así tanto su conducta de evitación como sus reacciones emocionales.

Le di a Kelly una interpretación basada en los efectos combinados de un pensamiento B consciente y una conducta incons-

ciente moldeada por las contingencias. Le expliqué que decirse a ella misma "aún no me ha abandonado, no hay evidencia de que lo vaya a hacer y me dijo que no lo haría", podía producirle los mismos efectos beneficiosos que si se lo dijese yo. Sin embargo, también le recordé que había pasado por experiencias en las que fue abandonada en circunstancias similares a las de la terapia, y que ello era inconsciente y no estaba mediado por sus auto-afirmaciones. Por tanto, a veces experimentaría miedo e intentaría evitarme aunque intentara tranquilizarse conscientemente. Kelly estuvo de acuerdo en que esta interpretación se correspondía con sus sentimientos. Conforme la relación terapéutica fue evolucionando, fui presentando contingencias oportunas para reforzar una conducta coherente con la idea de que yo no iba a abandonarla. Por ejemplo, no fallé a nuestras citas, y cuando un viaje o unas vacaciones interrumpían lo pactado intentaba programar sesiones para compensarlo. El nuevo y mejorado pensamiento B (como por ejemplo "no parece que vaya a abandonarme") le ayudó a desarrollar la conducta moldeada por las contingencias de "mantenerse aquí y darle una oportunidad", y viceversa.

En resumen, hemos presentado un modelo en el que los pensamientos pueden contribuir a los problemas clínicos, pero también pueden no hacerlo, o hacerlo parcialmente. Aunque este modelo se adapta a las técnicas de la terapia cognitiva, enfatiza la importancia de las contingencias para determinar o alterar los efectos del pensamiento sobre la conducta. Así, en la FAP el hecho de apelar a la razón es sólo una pequeña parte de un gran número de interacciones terapéuticas, que ayudarán a desarrollar nuevas experiencias y conductas en el cliente, y a producir un cambio favorable en las creencias asociadas a ellas.



Capítulo VI. El Yo

Indudablemente, hay algo familiar en la siguiente interacción entre Beatriz y su terapeuta:

Beatriz: Es tan duro, tan jodido, ser real, ser yo.
Terapeuta: Si no eres tú, ¿quién eres?
Beatriz: Soy la que los demás quieren que sea. Ni siquiera sé cuándo soy yo misma.

El "yo" al que se refiere Beatriz tiene unas características algo confusas. En primer lugar, se refiere a sí misma como algo diferente de su cuerpo, es decir, describe que su yo cambia según lo que quieren otras personas, aunque obviamente su cuerpo sigue siendo el mismo. Entonces, su yo no es físico -no es su cuerpo-. En segundo lugar, ella supone que hay una experiencia interna del yo que está controlada por los demás desde fuera. Y, finalmente, afirma que ese yo que experimenta no es realmente ella *porque* está controlado por otros. Esto, a su vez, implica que hay o podría haber una experiencia de su yo real que es invariable y que no está controlado por los demás.

Estas paradojas abundan cuando uno revisa la literatura sobre el yo. Este desconcierto ha llevado a un autor a titular su tratado sobre el yo como "¿Quién manda aquí? ("Is Anyone in Charge?": Greenwald, 1982). En este capítulo ofreceremos una concepción conductual del yo que explique estas paradojas y los varios significados "normales" o típicos del yo, así como de estados "patológicos" o problemas del yo. Mostraremos, pues, cómo aplicar nuestro modelo conductual durante el tratamiento.

Comenzaremos delimitando las dimensiones del yo incluidas en nuestro enfoque, que explicarán en términos conductuales las características tanto patológicas como no patológicas del yo.

DEFINICIONES COMUNES DEL YO

Las cuatro siguientes descripciones del yo, dadas por no-conductistas, representan el uso común, diario y no patológico del término:

1. *La experiencia de sí mismo como el "Yo"*. La mayoría de nosotros tenemos un sentimiento de "yo". De acuerdo con Deikman (1973), este "yo" es "algo central, permanente, base de la conciencia, invariable y sin rasgos característicos, que es testigo de todos los acontecimientos, tanto externos como internos" (p. 325). Deikman describió también este yo como idéntico a la conciencia.

2. *El yo como origen de las acciones.* Otro tipo de "yo" que puede sentirse es el que aparece en "yo quiero", como por ejemplo "yo quiero un coche nuevo" o "yo no me levantaré de la mesa hasta que no acabe este artículo". Deikman describió este "yo" como la fuerza organizadora que obliga al individuo a actuar.

3. *El yo como el origen de los gestos espontáneos.* De acuerdo con Winnicott (1965), el yo "real" o "verdadero" es el origen de los gestos espontáneos y las ideas personales. De forma similar, Masterson (1985) vio la creatividad como "la expresión fundamental del yo real" (p. 17). Por otra parte, el falso yo no tiene ideas originales, sino sólo aquéllas que proceden de los demás.

4. *El yo como identidad personal.* Erikson (1968) describió la identidad personal como la experiencia consciente de dos percepciones simultáneas: (a) la auto-identidad -"la percepción de la auto-identidad y continuidad de la propia existencia en el tiempo y en el espacio", y (b) la auto-identidad reconocida por otros -"la percepción del hecho de que los demás reconocen la identidad y la continuidad de uno mismo" (p. 50).

Estas definiciones representan nociones comunes sobre el yo tanto en la práctica clínica como en la experiencia cotidiana. Los conceptos usados en la definición del yo parecen ajenos al ámbito conductual, y el conductista que intenta explicar estos fenómenos encuentra considerables obstáculos. Por ejemplo, ¿cómo especificar en términos conductuales nociones como "saber lo que uno quiere", "no ser yo" o "una conciencia invariable y poco definida"?

La propia noción de un "yo" como un concepto explicativo es la antítesis de la evitación conductista de las entidades internas para explicar la conducta. Cuando uno intenta explicar la conducta del cliente en términos de problemas del yo (donde el yo es una entidad no conductual), está reificando una entidad homuncular ficticia que utiliza erróneamente para explicar la conducta. Por ejemplo, uno podría decir que la dependencia extrema de un cliente con su terapeuta está causada por un yo débil. Esto es, el terapeuta compensa esta incapacidad proporcionando un yo más completo; de esta forma, el cliente se hace dependiente porque con el terapeuta tiene la experiencia de un yo más adecuado. Este tipo de explicación no es satisfactoria para el conductista porque un "yo completo" o un "yo débil" son estructuras no conductuales que todavía han de ser explicadas. Al no querer recurrir a este tipo de explicaciones erróneas, los conductistas, en general, han evitado utilizar este término y, consiguientemente, no se han interesado por los problemas del yo ni en su tratamiento.

Hasta la fecha, la única excepción ha sido Skinner, quien realizó diversos análisis teóricos del yo (1953, 1957) que constituyen el trabajo preliminar de una explicación conductual más completa. Nuestra intención es desarrollar las nociones de Skinner y explorar sus implicaciones clínicas. Hay al menos dos razones para emprender ese esfuerzo. En primer lugar, los problemas definidos como trastornos del yo parecen ser importantes y frecuentes. Un indicador sería la creciente literatura dedicada a este tema dentro del psicoanálisis moderno, la

psicología del yo, y las relaciones objetales. En segundo lugar, el fenómeno del yo parece formar parte de la experiencia humana, y los clientes describen a menudo sus problemas en términos de su yo.

UNA FORMULACIÓN CONDUCTUAL DEL YO

Cualquier explicación completa del yo tendría que dar cuenta de la experiencia o sensación del yo. Esto es cierto dada la gran cantidad de descripciones del yo normal y patológico que incluyen la experiencia de la persona (p.ej., "experimentar una continuidad y una auto-identidad" o clientes que "no saben quiénes son"). Así pues, nuestra explicación está dirigida a entender y explicar la experiencia o sensación del yo. Aunque hay diferentes opiniones respecto a lo que constituye una explicación o comprensión de la experiencia, creemos que es provechoso entender lo que se experimenta mediante la identificación del estímulo que evoca el sentimiento o la sensación, y las experiencias previas que afectan a este proceso. Aunque este enfoque pudiera parecer esotérico cuando se enuncia en términos formales, es un método frecuentemente utilizado en la experiencia diaria.

Para ilustrarlo, supongamos que estamos intentando entender la experiencia personal de tener calor. Podríamos colocar a una persona en una habitación con una temperatura controlada, variar la temperatura, registrar la temperatura corporal y descubrir qué temperatura se necesita para que la persona diga "tengo calor". Variando la humedad podríamos deducir igualmente la influencia de esta variable sobre la experiencia. Sin embargo, nuestra comprensión sería mayor si supiéramos algo más acerca de las experiencias previas de esa persona con el calor. Si creció en un desierto, por ejemplo, necesitaríamos un notable incremento de temperatura en la habitación para evocar la respuesta de "calor", en comparación con alguien nacido y criado en Alaska. Este tipo de explicación requiere un mayor conocimiento de los factores relacionados con la experiencia. Más concretamente, cuanto más sepamos sobre las variables que hacen que una persona diga que tiene "calor", más podríamos decir que "entendemos" su experiencia. Como habrá podido apreciarse, nuestro enfoque sobre la comprensión de la experiencia de una persona está íntimamente relacionado con la comprensión del informe verbal de dicha experiencia. Aunque no son lo mismo, asumimos que los mismos factores que afectan a la experiencia personal, también afectan al informe verbal de esa experiencia. Algunos lectores podrían criticar esta equivalencia alegando que su propia experiencia es no-verbal. Pedimos a estos lectores que aplacen su opinión definitiva sobre este asunto hasta el final. La experiencia no-verbal del yo es congruente con nuestro análisis conductual.

Nuestra aproximación a la comprensión de la experiencia del yo es paralela a este ejemplo sobre el calor. Del mismo modo que explicaríamos la experiencia de sentir calor mediante la identificación del estímulo y de la historia de la respuesta "tengo calor", intentaremos explicar la experiencia del yo mediante la descripción de los estímulos y la historia que dan cuenta de las palabras que lo identifican. Estas palabras incluyen: "yo", "mi", "niño", "David" o "atontado" (cuando se usan para referirse a uno mismo), y "tú" (cuando la usa un niño

pequeño para referirse a él mismo). Sin embargo, y con fines ilustrativos, limitaremos nuestra exposición al genérico "yo". Nuestro enfoque de la comprensión de "yo", con ligeras variaciones, se aplicaría igualmente a los sinónimos de "yo" y a otros términos equivalentes. De este modo, nuestro análisis del "yo" puede considerarse como un prototipo para el análisis de otras respuestas verbales asociadas con el yo. En otras palabras, la comprensión del "yo" en particular puede servir de explicación para un amplio rango de experiencias relacionadas con el yo. La identificación de los estímulos que controlan la palabra "yo" nos orienta sobre la naturaleza de los estímulos que controlan, en general, la experiencia del yo.

Conceptos básicos

Nuestra hipótesis sobre el yo es esencialmente una hipótesis sobre la conducta verbal. Concretamente, la hipótesis es que la comprensión de la experiencia del yo consiste en la especificación de los estímulos que controlan la respuesta verbal "yo". La base de nuestro enfoque está formada por distintos conceptos relativos a la conducta verbal: *control de estímulos, tacto, unidades funcionales*, y la *emergencia de pequeñas unidades funcionales*. Puesto que ya han sido tratados el control estimular y el tacto, sólo ofrecemos una breve revisión de estos términos.

Control estimular

Imagine una paloma que es reforzada por picar una tecla sólo cuando está encendida una señal luminosa. Finalmente, el encendido de la señal irá seguido por una respuesta de picoteo de la tecla. He aquí algunas afirmaciones que podríamos hacer respecto de esta situación:

1. La respuesta, picar la tecla, ocurre cuando está presente el Ed (el estímulo discriminativo -la señal luminosa encendida).
2. El picar la tecla está bajo el control estimular de la señal luminosa.
3. El picar la tecla es una unidad funcional, definida como la conducta que ocurre entre el Ed y el reforzador. (Trataremos esto con más detalle en el apartado dedicado a las unidades funcionales)

Puesto que es importante para comprender nuestra concepción conductual del yo, vamos a explicar con más detalle el proceso mediante el cual la señal luminosa se convierte en *Ed*. Al principio del experimento, la paloma está expuesta realmente a un amplio conjunto de estímulos, compuesto por la señal luminosa, los movimientos y los ruidos ambientales, las luces de la habitación, la propia orientación de la paloma hacia la luz, así como por abundantes estímulos internos o privados, como la actividad fisiológica y la estimulación cinestésica proporcionadas por la orientación hacia la señal luminosa. Por tanto, aunque al experimentador pueda parecerle que la señal luminosa es el estímulo más obvio, esto no es necesariamente así para la paloma. Sin embargo, tras repetidos ensayos la señal luminosa llega a ser lo suficientemente relevante como para controlar la respuesta de picar la tecla, porque es el único elemento, de entre todos los que forman el amplio complejo estimular, que

siempre está presente cuando se administra el reforzamiento.

El tacto

Imagine una niña pequeña que está aprendiendo a hablar y que es reforzada por la alegría de sus padres al decir "manzana" cuando se le enseña una manzana, pero no cuando le enseñan un plátano o una naranja. Finalmente, el hecho de tener presente una manzana dará como resultado que la niña diga "manzana", o "zana" o "na", o algo similar. He aquí algunas afirmaciones que podríamos hacer respecto a esta situación:

1. La respuesta, la pronunciación de la palabra "manzana", ocurre cuando está presente el *Ed* una manzana (el estímulo discriminativo) .
2. La respuesta "manzana" está bajo el control estimular de la manzana.
3. La respuesta "manzana" es una unidad funcional.
4. No diríamos que el tacto *manzana* representa a la manzana en un sentido distinto que cuando decimos que el picoteo de la tecla por parte de la paloma representa a la señal luminosa. Igualmente, tampoco diríamos que la niña usa la palabra *manzana* en un sentido distinto al de cuando decimos que la paloma usa el picoteo de la tecla.

Como en el caso de la paloma y la señal luminosa, la manzana real llega a controlar la respuesta "manzana" porque es el único estímulo que se encontraba presente cada vez que se reforzó decir "manzana". Aunque sea obvio, para que este condicionamiento verbal tenga lugar, los padres tienen que ver la manzana (es decir, saber que está presente). Como veremos más adelante, la importancia de que los padres sepan que el *Ed* está presente es un aspecto fundamental cuando el niño está aprendiendo la palabra "yo".

Unidades funcionales

Ya señalábamos anteriormente que el picar la tecla por parte de la paloma es una unidad funcional. Cuando vemos que ocurre un picoteo podemos decir: "esto es". Pero cuando intentamos hacer lo mismo con la conducta verbal, sin embargo, no está tan claro qué es lo que contamos como unidad o como una ocurrencia de esa conducta. Aunque resulta tentador decir que la unidad de conducta verbal es la palabra, esto nos trae problemas rápidamente, ya que a menudo experimentamos lo que decimos a veces con formas más largas y otras más cortas que una palabra. Un ejemplo de este tipo se dio cuando el primer autor aprendió por primera vez el himno nacional. Me acuerdo aprendiendo una larga unidad sin sentido: "tierralibertad". De forma similar, el alfabeto suele aprenderse en unidades largas, que se evidencian por la dificultad para empezar en una letra al azar. Por el contrario, algunas palabras complejas, como dihidroergotamina, puede ser en realidad una combinación de unidades más pequeñas: "di", "hidro" y "ergotamina".

La unidad funcional es el concepto de Skinner de unidad de conducta verbal y su tamaño depende del modo en que se aprendió y se mantuvo. Puesto que una unidad funcional es la conducta que se da entre el *Ed* y el reforzador, el tamaño exacto de la unidad puede cambiar con la experiencia. Por ejemplo, se podría ayudar al principio

a un niño pequeño para decir "bebé" como dos unidades pequeñas –los padres le dicen "be", esperan que el niño diga "be", y entonces los padres dirían "bien, ahora di otra vez be". Después de este tipo de ayuda, cuando al niño se le pida que tacte un bebé, podría decir una palabra como "be-be", que pondría de manifiesto las dos unidades más pequeñas a partir de las que se formó. Con el tiempo, sin embargo, emergerá la unidad simple "bebé". De este modo, las unidades funcionales pueden ser de pequeño tamaño, como palabras ("manzana", "niño") o fonemas ("be" o "bé"). Otras unidades mayores de conducta verbal podrían ser frases como "¿cómo estás?", "Dios salve a la reina", "cucurucho de helado" o "Estados Unidos de América"; y también unidades aún más largas como el "Juramento de Lealtad" o la "Carta de Gettysburg", o el alfabeto, si se recitan como un todo.

La emergencia de pequeñas unidades funcionales

Para los propósitos de este capítulo nos interesa especialmente "yo" como pequeña unidad funcional; es decir, como una palabra individual que tiene un significado independiente. Vamos a comparar las dos formas en que una palabra simple puede llegar a ser una unidad funcional cuando un niño está aprendiendo a hablar. Esta unidad funcional formada por una sola palabra puede aprenderse por separado, o bien puede emerger como un subproducto de la adquisición de respuestas mayores que contengan elementos idénticos (Skinner, 1957, p. 120). El aprendizaje aislado de una palabra como una unidad quedó ilustrado en el ejemplo anterior que mostraba la adquisición del tacto "manzana". En ese ejemplo, la palabra *manzana* se aprendió como una unidad.

Ahora usaremos otro ejemplo para explicar cómo una palabra puede convertirse en una unidad por emergencia tras la adquisición de unidades mayores. Usaremos la palabra *grande* como ejemplo. Supongamos que un niño pequeño tiene en su repertorio los tactos "manzana", "camión", "lápiz", "naranja" y "perro", pero no "grande". Sus padres señalan entonces una manzana grande de entre las que hay en una cesta y dicen: "esta es una manzana grande, di 'manzana grande'". Después de varias experiencias como ésta, y después de que la ayuda se haya desvanecido, el niño tactará una manzana grande diciendo "manzanagrande". Hay que hacer notar que en este momento, y debido a las condiciones específicas bajo las que el niño está aprendiendo, "grande" no es una unidad funcional. De hecho, "manzanagrande" es una unidad simple sin conexión alguna con la manzana, por tanto no es una combinación de las unidades "grande" y "manzana". A continuación, los padres le ayudan a decir "camión grande". Después de varias experiencias con camiones grandes, el niño tactará "camióngrande". Finalmente, después de que el niño haya tenido suficientes experiencias semejantes con naranjas, muñecos y lápices grandes, la palabra *grande* emerge como una pequeña unidad controlada por el estímulo del tamaño relativo del objeto. Esto ocurre porque "grande" es el elemento común en una serie de situaciones en las que varían los objetos específicos (naranjas, muñecos, lápices), pero el mayor tamaño es el elemento estimular común. Una vez que haya emergido la unidad "grande", el niño

será capaz de tactar "perro grande" aunque no haya tenido ninguna experiencia previa con perros grandes.

En contraste con el proceso por el que "grande" emerge a partir de unidades mayores, también habría sido posible organizar las experiencias de aprendizaje para que "grande" se hubiese adquirido por separado. Para ello, los padres señalarían la manzana grande y le ayudarían a decir "grande" (en vez de "manzana grande") para que el niño tacte "grande". Se repetiría lo mismo con otros objetos hasta que el tamaño llegase a controlar la palabra "grande".

Con los ejemplos anteriores se ha pretendido ilustrar dos métodos mediante los cuales una palabra puede convertirse en unidad funcional. Hemos simplificado deliberadamente las experiencias de aprendizaje y las hemos descrito de un modo estereotipado para que quede más claro el papel del proceso fundamental que hay involucrado. No estamos afirmando que nuestros ejemplos se correspondan exactamente con el modo en que los niños aprenden "grande" en el ambiente natural. En la vida real se utilizan la ayuda, el modelado y el reforzamiento de un modo más aleatorio e inconsistente. Así, la palabra *grande* se aprende probablemente mediante una combinación de aprendizaje por separado, emergencia a partir de unidades mayores y/u otros procesos menos relevantes para nuestra discusión (p.ej., el aprendizaje mediante una definición).

Conforme el niño aprende a hablar, adquiere simultáneamente unidades funcionales simples que varían en tamaño desde las más pequeñas a las más largas. El período de vida situado entre los 6 meses y los 2 años se conoce como el "período de habla con palabras simples" entre los lingüistas y los psicólogos del desarrollo. Nosotros creemos que sería más adecuado denominarlo "período de la unidad funcional simple", ya que el niño podría aprender unidades mayores o menores que una palabra, pero que serían siempre unas unidades funcionales simples. Las observaciones del lenguaje de los niños durante este período apoyan este criterio de la unidad funcional (Dore, 1985). Al principio de este período, las unidades simples son palabras o fragmentos de palabras, como "muñeca", "manzana", "ana" (por manzana), "lao" (por helado) o "cae" (por caerse). Hacia el final de este período, o del segundo año de vida, muchas de estas *palabras simples* tienen la forma de frases de dos o tres palabras como, "come-tú", "niño-come-tu", "más-zumo" o "yo-más-zumo", pero siguen siendo unidades funcionales simples. A esta temprana edad, las unidades mayores no han sido compuestas por el niño a partir de unidades más pequeñas, sino que se aprenden como un todo.

La emergencia de "yo" como una pequeña unidad funcional

Proponemos que la palabra "yo"[7*] emerge como una unidad funcional a partir de la adquisición de unidades más largas, conforme el niño aprende a hablar, durante el desarrollo normal, no patológico. Hemos establecido tres etapas de desarrollo relevantes en esta emergencia, y que aparecen en la Figura 4, que muestra unidades de tres

---

7 *Nuestro análisis del término "yo" es también aplicable a "mío", "mí", "me", "el nombre propio" y otras similares, y se asume que estos términos se solapan en su significado funcional.*

tamaños, cada una de ellas corresponde a una etapa de desarrollo.

Durante la Etapa I el niño aprende numerosas unidades grandes, como "yo tengo muñeca", "yo tengo un conejo", "yo quiero un helado", "yo quiero un zumo", "yo veo el coche" y "yo veo a mamá". Hay que tener en cuenta que la forma de estas unidades en la vida real podrían ser "veo mamá" o "nene helado", y que solamente usamos "yo" como una forma genérica de auto-referencia. Estas unidades grandes se aprenden como un todo (es decir, son unidades funcionales). Esta etapa se da durante los dos primeros años de vida.

Durante la Etapa II emergen unidades funcionales más pequeñas, como "yo tengo", "yo quiero" y "yo veo", que pueden combinarse con objetos particulares. Es durante esta etapa cuando el niño puede decir "yo quiero fútbol", a pesar de que nunca haya pronunciado antes esta frase en particular.

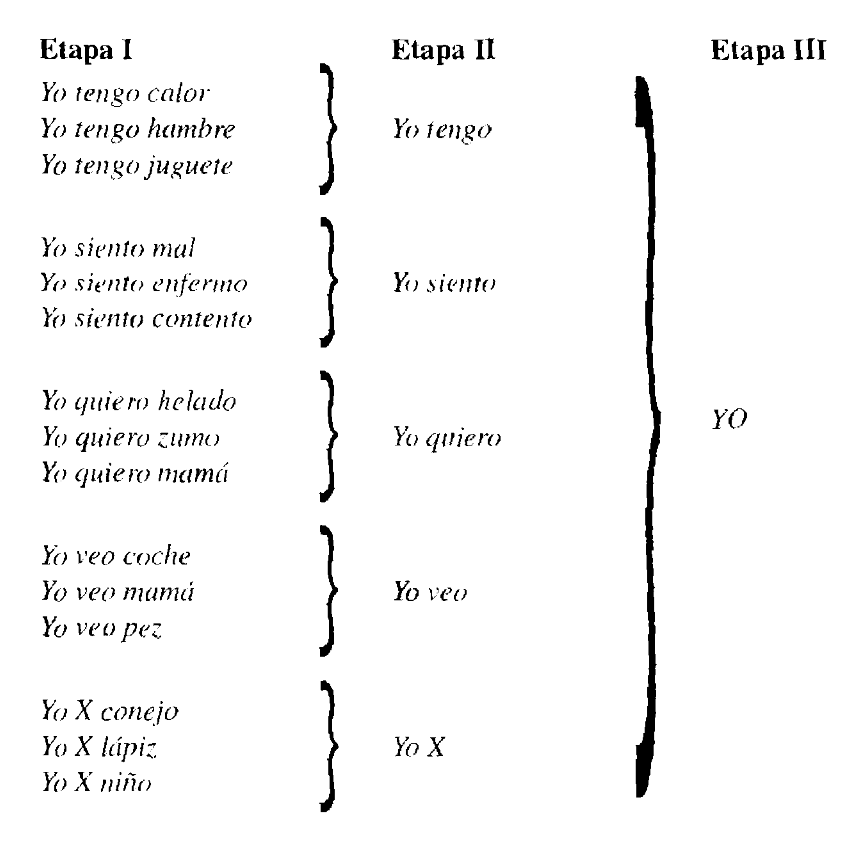


Figura 4. Las tres etapas del desarrollo de la conducta verbal que dan como resultado la emergencia de "Yo" como una pequeña unidad funcional. En la Etapa I el niño aprende unidades independientes grandes que constituyen la base de las unidades, más abstractas, de tamaño intermedio, de la Etapa II. Finalmente emerge el "Yo" en la Etapa III a partir de las unidades de tamaño medio de la anterior.

Durante la Etapa III, emerge una unidad simple, "yo", aún más pequeña y, al mismo tiempo, la experiencia de "yo". Desde nuestra perspectiva, la adquisición de la experiencia de "yo" es similar a la adquisición de la experiencia de fútbol, helado, mamá o calor, en cuanto que todos ellos son tactos. Sin embargo, estas experiencias difieren de "yo" en que están bajo control de estímulos públicos específicos y en que pueden aprenderse por separado. Por su parte, "yo" está bajo el control de un estímulo privado complejo y parece aprenderse casi exclusivamente al emerger a partir de unidades mayores.

La verdadera comprensión de la experiencia de "yo" procede de la descripción de los estímulos que controlan las respuestas en cada una de las tres etapas. Conforme estas unidades funcionales evolucionan en "yo", hay un cambio paralelo en los estímulos de control y un mayor énfasis en los componentes privados.

Etapa I: El aprendizaje de grandes unidades funcionales

Como en todo aprendizaje de discriminación, los padres[8*] deben usar estímulos públicos (estímulos accesibles a los padres) cuando enseña a sus hijos a tactar. Ya apuntábamos anteriormente el hecho evidente de que los padres deben poder ver la manzana, el estímulo público, para enseñar el tacto "manzana". Examinemos ahora los estímulos públicos que usan los padres para ayudar al niño a aprender un tacto similar pero distinto, "yo veo una manzana", como una unidad más larga. Entendemos que los tactos "manzana" y "yo veo una manzana" tienen distintos significados (es decir, están controlados por estímulos diferentes para el hablante adulto normal). El tacto simple "manzana" está controlado solamente por la presencia de la manzana. En términos cotidianos, diríamos que el tacto describe el estímulo externo, como en "esto es una manzana". El tacto "yo veo una manzana", sin embargo, está controlado por una actividad del hablante -el ver-. En términos cotidianos, describe una *actividad* del hablante a la que nos referiremos como *ver*. En algunos casos, la actividad de ver puede que no tenga nada que ver con la presencia de un estímulo externo, como es el caso cuando el hablante está imaginando un manzana (Skinner, 1957).

Consideremos ahora cómo los padres enseñan al niño a quedar bajo el control de la actividad de ver, cuando dice "yo veo una manzana". De una forma u otra, los padres ayudan y estimulan al niño a decir "yo veo una manzana" cuando parece que el niño está viendo la manzana. Los padres, sin embargo, no pueden observar directamente la actividad de "ver la manzana" porque es algo privado que sólo está disponible para el niño. La cuestión sería entonces, ¿qué estímulos públicos usan los padres para observar indirectamente la actividad de ver del niño y, por tanto, qué estímulos llegan a controlar realmente la respuesta del niño?. Nuevamente, describimos este proceso de un modo deliberadamente estereotipado y simplificado para que queden claros los procesos básicos de aprendizaje que están

---

8 *Reconocemos que entre los educadores principales de los niños se incluyen otras personas además de los padres. Sin embargo, por simplificar usamos el término "padres" para referirnos a todas aquellas personas que participan en el proceso de enseñanza del niño.*

involucrados. En la vida real, los padres enseñan al niño de un modo mucho más casual e inconsistente, aunque el proceso fundamental siga siendo el mismo.

En la parte superior de la Figura 5 (a-c), aparece una muestra de estímulos públicos en la parte izquierda y de estímulos privados en la derecha, que están presentes cuando los padres estimulan al niño a decir "yo veo una manzana". La perspectiva (que se muestra en la Figura 5a) es la relación espacial entre el niño y los objetos externos. Aunque hay un estímulo público presente, no forma parte en este momento del aprendizaje de "yo veo una manzana" por parte del niño (esto se tratará más adelante). Los estímulos públicos que aparecen en la mitad izquierda de la Figura 5b y 5c son los que los padres potencialmente podrían utilizar para saber si el niño está "viendo la manzana". Esos estímulos públicos son la orientación del niño hacia la manzana y la propia manzana. La orientación que observan los padres puede incluir el giro de la cabeza, los ojos abiertos y la mirada en la dirección de la manzana. Probablemente, los componentes exactos de la orientación podrían variar ligeramente de una ocasión a otra.

Además de estos estímulos públicos, hay abundante estimulación privada adicional, accesible sólo para el niño, que se representa como objetos más tenues en la columna de Estímulos Privados de la parte superior derecha de la Figura 5. Uno de esos estímulos sería la actividad privada asociada con la orientación pública hacia la manzana (parte derecha de la Figura 5b). Quizás este componente privado de la orientación se corresponda con el componente fisiológico del reflejo de orientación. Otro podría ser la actividad particular del sistema visual asociada con ver la manzana (parte derecha de la Figura 5c), así como un componente general que hemos denominado "ver" (Figura 5d). El componente general del ver es el que se da independientemente de lo que se esté viendo. También están presentes los componentes privados de la perspectiva (parte derecha de la Figura 5a). Puesto que no podemos acceder a los estímulos privados, sólo podemos hipotetizar que hay muchos otros, incluyendo cualquier forma de actividad interna, tales como los estímulos visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, autonómicos y cinestésicos.

En la situación simplificada que estamos describiendo, en la que los padres están enseñando por primera vez al niño a tactar "yo veo una manzana", podemos esperar que los estímulos públicos esenciales aumenten su control sobre las palabras del niño "yo veo una manzana". Estos son los mismos que los padres utilizan para saber si el niño está viendo la manzana. Así, durante esta temprana etapa de desarrollo, el tacto "yo veo una manzana" se aprende como una unidad y está controlada, tanto por la presencia de la manzana, como por los aspectos públicos de la respuesta de orientación, según se muestra en la Figura 5c. Aunque también están presentes otros estímulos públicos y privados durante el aprendizaje (p.ej., la perspectiva), éstos no se muestran en la Figura 5e porque no hay razón para suponer que hayan de convertirse necesariamente en *Ed* y, por tanto, no tendrían efecto. En este sentido, serían irrelevantes, pasarían inadvertidos, por lo que no serían experimentados. En este punto del desarrollo del niño, la afirmación "yo veo una manzana" no incluye una descripción de la experiencia de ver, como sería el caso

de un adulto. Por el contrario, en esta etapa, "yo veo una manzana" tiene probablemente un significado mucho más cercano al tacto simple "manzana". Aunque los estímulos privados no desempeñan un papel importante en esta etapa, serán fundamentales en etapas posteriores.

Durante la Etapa I, se aprenden también otras unidades que incluyen "yo", además de "yo veo una manzana". Por ejemplo, "yo quiero leche", "yo tengo calor" o "yo tiro la pelota". Nuestra discusión se centra en el "yo veo", pero este análisis puede aplicarse igualmente a otras unidades.

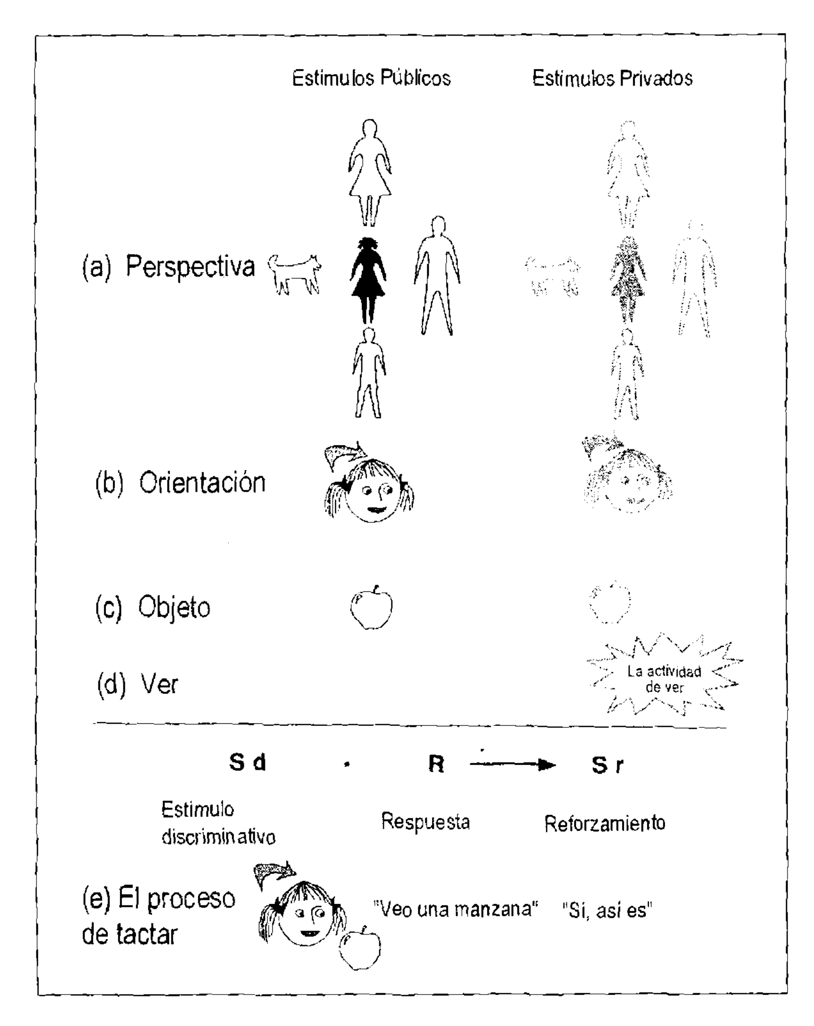


Figura 5. En la parte superior, los estímulos privados y públicos presentes cuando el niño aprende a decir "Yo veo una manzana", incluyendo (a) la perspectiva, que es la relación espacial entre el niño y los objetos externos; (b) la orientación tales como girar la cabeza y abrir los ojos; (c) una manzana, y (d) la actividad privada de ver. La sección inferior muestra que los estímulos discriminativos que adquieren control sobre la respuesta son los estímulos públicos de orientación hacia la manzana y la propia manzana.

Etapa II: El aprendizaje de unidades funcionales más pequeñas y la adquisición de control por parte de los estímulos privados

Después de aprender determinado número de unidades funcionales mayores que incluyen "yo veo", como en "yo veo una cabra", "yo veo a papá" o "yo veo al perrito", emerge la unidad funcional más pequeña "yo veo" en esta Etapa II. Una vez que se ha adquirido esa unidad funcional más pequeña, "yo veo", ahora puede combinarse casi con cualquier otro tacto que haya en el repertorio del niño, de forma que puede generar nuevas expresiones. "Yo veo" emerge como una unidad porque es el elemento común de cada una de las respuestas del tipo "yo veo X". La orientación pública que el padre utilizó para saber que el niño estaba viendo sería diferente en cada una de las distintas situaciones de "yo veo". Por ejemplo, si el niño estuviera mirando un avión en el cielo la orientación sería distinta a si estuviese mirando la cara del padre. Aunque la estimulación procedente de la orientación variaría en función del objeto que se estuviese viendo, los estímulos privados asociados con la actividad de "ver" serían los mismos en cualquiera de los "yo veo X", independientemente de lo que se esté viendo como "X". La actividad privada de ver se muestra en la Figura 5d. Esta se encuentra sistemáticamente durante todas las situaciones de "yo veo", pero no en las situaciones de "yo quiero", ni en cualquier otra posible combinación de "yo". Así pues, parece probable que el estímulo privado asociado con la actividad de "ver" vaya adquiriendo control sobre el "yo veo".

Si finalmente los estímulos privados acaban por controlar "yo veo" tal como hemos sugerido, entonces la respuesta "yo veo una manzana" podría tener un significado distinto que "esto es una manzana". Esta última frase no sería más que una mera descripción del estímulo externo o, en términos más precisos, un tacto controlado por la manzana. Por su parte, "yo veo una manzana" sería una combinación de dos unidades más pequeñas, donde "manzana" es un tacto controlado por el estímulo externo y "yo veo" sería un tacto controlado por la actividad (ver) del hablante.

Estamos definiendo el ambiente ideal, no patológico, como el responsable de que sean los estímulos privados los que acaben controlando "yo veo" y otras unidades de tamaño intermedio de la Etapa II (p.ej., yo quiero, yo soy, yo siento, yo tengo). Este tipo de ambiente incluiría a padres que ayudan y refuerzan al niño por decir "yo veo X" cada vez que el niño está viendo, de hecho, el objeto X, y no en otras ocasiones en que el niño está viendo el objeto Y. Sin embargo, este ideal es imposible de conseguir siempre, porque los padres no pueden ver dentro del niño y deben confiar en señales externas. Así, la habilidad discriminativa de los padres y la atención a esos estímulos públicos son los factores importantes para determinar el grado en que "yo veo" será controlado por estímulos privados.

Para ilustrarlo, supongamos que "yo veo" ha emergido como una unidad funcional durante la Etapa II tras una considerable experiencia con unidades mayores, como "yo veo una pelota", "yo veo un gatito" y "yo veo un coche". En este momento, todos los estímulos presentes, tanto públicos como privados, podrían controlar la respuesta "yo

veo". Si el niño entonces dice que ve un estímulo imaginario, como es el caso de la fantasía o la imaginación de los niños, decimos que el niño ve en ausencia de estímulos públicos, con la única presencia de estímulos privados. Los padres que dan por válidas estas experiencias, tomando en serio lo que el niño dice, están reforzando el control por parte de los estímulos privados. Como consecuencia, será más probable que el niño diga "yo veo el objeto X" basándose en su actividad privada de ver. Los padres que en ese momento critican o ridiculizan al niño, reducirán el control por parte de los estímulos privados y será más probable que el niño solamente diga "yo veo el objeto X" cuando, tanto su respuesta de orientación como el objeto X, sean bien evidentes (para los padres y también para el niño).

Hay que tener en cuenta que no estamos describiendo el proceso por el que el niño se vuelve reacio a informar de sus experiencias visuales internas por miedo o por vergüenza. Este tipo de supresión sólo puede darse después de haber visto el objeto. Nos estamos refiriendo al proceso por el que el objeto se ve por primera vez: la génesis de la relación (o la pérdida de relación) entre la experiencia interna y el ver.

Otra fuente importante de reforzamiento para el control de "yo veo" por parte de la estimulación privada, es la aceptación de las frases del niño "yo veo" en aquellas situaciones en las que los padres no pueden ver el estímulo público o éste es dudoso (p.ej., un pez en el agua que desaparece después de que el niño lo ha dicho, o un conejo camuflado entre los arbustos). Los padres que toman en serio los informes del niño cuando ellos no pueden ver el estímulo de control, proporcionan un ambiente normal o no patológico en el que finalmente los estímulos privados controlarán esta conducta. Un indicador de éxito en la enseñanza del control privado de "yo veo" sería la capacidad del niño para responder cuando se le pide que haga un ejercicio de imaginación. Otro resultado final podría ser la capacidad del niño para emitir informes válidos sobre estimulación umbral, como se suele hacer en la investigación psicofísica o en un examen optométrico. (Los efectos de un entrenamiento poco adecuado se discuten en el apartado sobre desarrollo patológico).

Etapa III: El desarrollo de "yo" a través de los estímulos privados

Después de que se hayan aprendido un número suficiente de tactos "yo X", el niño entra en la Etapa III y emerge la unidad más pequeña "yo". "Yo" es el elemento común de cada una de las situaciones "yo X", en las que "X" varía.

Permítasenos volver ahora a los estímulos que controlan "yo". En el desarrollo normal, "yo" es un tacto bajo el control de aquellos estímulos que son comunes a cada uno de los tactos "yo X", independientemente de si X es ver, querer, tener, etc. Es el mismo proceso por el que ha surgido "yo veo" como una unidad bajo el control del la actividad "ver" a partir de "yo veo una manzana", "yo veo un camión", etc.

Utilizamos el término *perspectiva*, mencionado anteriormente y que se muestra en la Figura 5a, para representar el estímulo que controla "yo". Hemos tomado prestado este término de Hayes (1984), quien hablaba de la noción de perspectiva en su análisis conductista radical de la espiritualidad. Como se muestra en la Figura 5a, la pers-

pectiva tiene componentes tanto públicos como privados, e incluye las características físicas de la localización del niño en el espacio en relación a los otros. Es el lugar en que se encuentra el niño, exactamente aquí, opuesto a donde no se encuentra, es decir, allí. En la Figura 5a el niño es representado como la figura central, más oscura, y todos los demás objetos (la gente, el perro, etc.) se ubican respecto al niño. Es esta perspectiva como estímulo público la que utilizan los padres para enseñar adecuadamente al niño a tactar "tú quieres un helado" frente a "yo quiero un helado", o "yo veo un conejo" frente a "tú ves un conejo". También están involucrados los aspectos públicos de la perspectiva mientras los padres están modelando la respuesta "yo veo una muñeca", al mismo tiempo que el niño está mirando a la muñeca. Los padres se orientarán hacia el niño o bien le indicarán quién se supone que debe decir "yo veo una muñeca". Si además hay otro niño en la habitación, los padres actuarán de tal forma que quede claro qué niño ha de decir "yo veo una muñeca".

La perspectiva es el estímulo que permanece constante en todas las frases "yo quiero X", "yo veo X", etc., puesto que tanto los X como las actividades (querer, ver, etc.) varían de una ocasión a otra. Los aspectos públicos del estímulo cambiarán considerablemente en función de cada situación particular. A veces, el niño puede estar a un metro a la izquierda del padre, y otras puede estar a veinte metros. Dada la amplia variabilidad en que puede haber entre el "aquí" frente al "allí", parece probable que adquiera control algún aspecto privado. Durante el desarrollo no patológico, la perspectiva es la localización física de las actividades privadas tales como ver, querer o tener. Así, la respuesta "yo" como una unidad está bajo el control estimular de una posición (locus)[9].

Cualidades de "yo"

Para mostrar las características del estímulo privado que controla el tacto "yo", haremos una comparación con el estímulo público que controla el tacto "mariposa".

En primer lugar, la persona que percibe la mariposa (es decir, la persona que está bajo control estimular de la mariposa) puede describirla en términos físicos. Por ejemplo, podría decir, "mide alrededor de cinco centímetros, es blanca y amarilla y tiene alas". Estos atributos son las características del estímulo público. Sin embargo, la experiencia de "yo" se escapa a la descripción en términos físicos. Una posición no tiene otras características físicas que no sean su relación con el punto desde el que tiene lugar la actividad privada de ver. Así, la persona podría describir las características físicas del *Ed* que controlan "yo" como características físicas que no están presentes, como por ejemplo "no es mi cuerpo". Esa posición permanece constante a pesar de que la persona pase de niño a adulto, cambie de trabajo o pierda peso. Ese estímulo que controla "yo", y por tanto la experiencia del "yo", permanece constante aunque las características físicas de la persona y su localización puedan cambiar. Esta característica es similar a la descripción de Deikman del yo como "ausencia de atributos".

---

9 *Nota del traductor: "Locus" en el original, traducido como aquí lugar o situación desde la que se actúa, para evitar equívocos con el "locus de control" de las teorías cognitivas.*

En segundo lugar, la mariposa tiene una localización concreta –p.ej., allí-. El "yo" se describe como algo interno, la localización habitual de los estímulos privados, lo que también es similar con ese "algo central" de la descripción de Deikman.

En tercer lugar, la localización de la mariposa puede cambiar de aquí a allí. Dado que el estímulo que controla "yo" se encuentra localizado siempre en el mismo lugar que la estimulación privada de ver, querer, sentir y demás, el "yo" se experimenta como algo que está siempre en el mismo lugar. La mariposa puede desaparecer, mientras que el "yo" no. Además, la mariposa cambia con el tiempo -envejece y muere-. Puesto que el "yo" está controlado por la perspectiva, la cual no cambia nunca, entonces se describe como atemporal. Estas características también se parecen a los atributos de "permanente" e "invariable" de la definición de Deikman, y a las nociones de Erikson de "autoidentidad" y "continuidad".

Como afirmamos anteriormente, el yo como el originador de la acción aparece también en las descripciones sobre el yo de Deikman y de Masterson. Nuestra explicación de este aspecto sobre la experiencia del yo incluye el aprendizaje de lo que ocurre después de la emergencia del "yo" como unidad. Este aspecto de la experiencia del yo refleja, quizás, una manifestación moderna del animismo primitivo. El *animismo* es una teoría sobre las causas de la conducta. Su asunción fundamental es que el origen de toda acción puede atribuirse al deseo de un actor. El animista explica la acción mediante la identificación del actor que se supone que está presente. Así, para el animista, la actividad de ver debe atribuirse a una entidad que la origina. La teoría animista parece calar en la cultura y la gente aprende a atribuir casi todas las acciones a una entidad instigadora. El cuerpo podría ser esa entidad que realiza el ver, pero esto plantea la cuestión de quién hace actuar al cuerpo y el dilema mente-cuerpo. El "yo" que hemos descrito no es experimentado como el propio cuerpo. Así, para el animista que habita en todos nosotros, una fuente aceptable de la acción sería el "yo". Desde nuestra perspectiva, por supuesto, esto no tiene mucho sentido. Sería como decir que "el originador de la acción es una posición (locus)".

La conciencia también aparece en las definiciones del yo. Deikman dijo incluso que el yo *era* conciencia. Traducido a términos conductuales, creemos que Deikman estaba diciendo que la conciencia es la observación de nuestra propia conducta, de tal forma que podemos describirla. Esto también se define como *autoconocimiento*. Así, podría decir que alguien que afirma "veo una mariposa", como opuesto a "esto es una mariposa", tiene conciencia. Otros ejemplos son "yo bebo", "yo corro" y "yo hablo", que son tactos de la propia conducta pública, y "yo oigo", "yo quiero" y "yo pienso", que son tactos de nuestra conducta privada. Una explicación conductual de "los niveles más elevados de conocimiento" (consciencia) podrían incluir interacciones del tactar los tactos sobre las conductas privadas. Por ejemplo, "me veo a mí mismo viendo la mariposa", y "me veo a mí mismo viéndome a mí mismo viendo la mariposa".

¿Cómo puede llevar este tipo de tacto a la experiencia descrita por Deikman sobre el "yo" como conciencia?. Desde nuestro punto de vista, la conciencia es una activi-

dad, no una cosa. Por otra parte, el "yo" o, de modo más preciso los *Ed* que controlan "yo", son una cosa, y no una conducta. Decir que el yo es conciencia es como decir que una conducta es una cosa, o viceversa. Sin embargo, en nuestra experiencia cotidiana las cosas se equiparan a la conducta cuando ambas están estrechamente asociadas. Puesto que la conducta de ser consciente (es decir, tactar nuestra propia conducta) está muy estrechamente asociada con la unidad funcional "yo", ambas se toman erróneamente por lo mismo. Woodworth (citado por Catania, 1984) ya trató la naturaleza errónea de igualar verbos y nombres:

> En lugar de "memoria" deberíamos decir "recordar". En lugar de "pensamiento" diríamos decir "pensar"... Pero, al igual que en otros ámbitos, la psicología tiende a transformar sus verbos en nombres. ¿Qué ocurre entonces? Olvidamos que nuestros nombres no son más que sustitutos de los verbos, e intentamos atrapar las cosas denominadas por esos nombres; pero no hay tales cosas, sólo existen las actividades con las que comenzamos... recordar. (p. 303)

En resumen, los estímulos concretos que controlan la respuesta "yo" y el sentimiento de "yo", dependen de las experiencias específicas de adquisición, tal como ilustramos en nuestra explicación de la emergencia de la unidad de respuesta "yo". Aunque el desarrollo normal genera un alto grado de control de la respuesta "yo" por parte de los estímulos privados, creemos que el desarrollo desadaptativo produce lo contrario -un pequeño grado de control de "yo" por parte de los estímulos privados-.

DESARROLLO DESADAPTATIVO DE LA EXPERIENCIA DEL YO

Proponemos la existencia de un continuo en la severidad de problemas del yo, que se basa en el grado de control privado de la unidad funcional "yo". Un extremo del continuo representa los problemas leves del yo, que se desarrollan a partir de un control privado insuficiente sobre un número pequeño de respuestas "yo X". Puesto que "yo" como unidad emerge a partir de un elevado número de diferentes unidades "yo X", el número comparativamente pequeño que no estuviera controlado por estímulos privados tendrían un efecto insignificante sobre la experiencia del yo; esto es, el yo se experimentaría como relativamente invariable, continuo y centralizado. Por el contrario, cuanto más amplio sea el rango de respuestas "yo X" que los padres no hubieran sido capaces de poner bajo control privado del niño, mayor número de problemas del yo experimentará éste. Los problemas severos del yo se encuentran en el otro extremo del continuo, y se corresponden con la falta de control privado sobre numerosas unidades "yo X".

Examinaremos, desde nuestro enfoque conductual, los problemas del yo descritos en la literatura psicoanalítica. Hemos clasificado estos problemas del yo en las categorías de "graves" y "menos graves" para indicar, aproximadamente, la posición que ocupan sobre el continuo del grado de control privado sobre las respuestas "yo X". Sin embargo, estos problemas no son mutuamente excluyentes, y es probable que las personas con graves trastornos del yo experimenten también de forma más intensa los problemas descritos en la categoría de "menos graves".

Trastornos menos graves del yo

Las personas con trastornos del yo leves o moderados tienen un número sustancial de respuestas "yo X" evocadas por estímulos privados, pero también tienen un número significativo de ellas bajo control público total o parcial. Así, su sentido del yo puede verse bastante afectado por la presencia de otras personas y sus opiniones, sus estados de ánimo o sus deseos. Es importante aclarar que no nos estamos refiriendo a personas carentes de asertividad o que, aun sabiendo lo que sienten o lo que quieren, tienen dificultades para expresarlo a los demás. Más bien, estamos describiendo una situación donde lo que una persona siente o quiere está bajo control de otros. En cada uno de los problemas descritos a continuación, el grado de dificultad experimentado por un individuo puede variar en función del grado de control privado sobre sus respuestas "yo X".

El yo inseguro o inestable

Si no hay suficientes "yo X" bajo control privado, se ve afectado el surgimiento de un "yo" como unidad funcional. Como ya señalábamos, durante el desarrollo normal el "yo" que surge queda bajo control estimular de la posición en que ocurren actividades tales como ver, querer, sentir o pensar. Si estas actividades están parcialmente bajo control público, entonces también la experiencia del yo estará parcialmente bajo control público. Puesto que los estímulos públicos, así como la conducta de los padres, pueden variar de una ocasión a otra, la experiencia de yo puede variar también, dependiendo del grado en que se encuentre controlada públicamente. De esta forma, se experimentará un yo algo inseguro porque variará según quién esté presente. De hecho, el yo controlado públicamente variará mucho más en las relaciones íntimas. Tal como hemos descrito en el control público sobre los "yo X", es una figura importante -los padres- quienes se llegan a convertir en *Ed*. En la vida adulta, el yo podrá variar de la misma forma con otras personas significativas. Esta es la razón de que las relaciones íntimas lleguen a ser una fuente importante de grandes conflictos. Para el individuo con un yo inestable, el hecho de evitar la intimidad con otra persona elimina esa fuente de inestabilidad. La cliente que se siente bien consigo misma cuando está sola, pero se lamenta de que "pierde su identidad" cuando se implica en una relación, está describiendo este mismo fenómeno. A continuación exponemos dos subtipos de este problema: la dificultad para saber lo que uno siente o quiere, y la extrema sensibilidad ante los demás.

1. *Dificultad para saber lo que uno siente o quiere.* El caso de unos padres que enseñan los "yo X" a su hijo de un modo condicional, es decir, sólo los refuerzan cuando quieren que el niño responda de ese modo, podría ser una descripción conductual de la propuesta psicodinámica de que el desarrollo patológico implica padres que tienen dificultades para separar sus propias necesidades de las necesidades (reforzadores) de sus hijos. El resultado de tales experiencias sería una persona que tiene dificultades para producir la respuesta "yo quiero X" en ausencia de estímulos públicos evidentes, esto es, una persona que se pregunta continuamente qué quiere o qué

debería querer. En este caso, el problema del yo se experimentaría de manera fundamental como "no saber si lo que quiero es realmente lo que yo quiero, o si se trata más bien de lo que *otros* esperan que yo quiera".

Como un ejemplo de cómo una persona puede castigar o malograr el refuerzo sobre un determinado conjunto de respuestas "yo X", supongamos el caso de una madre que está con su hijo pequeño en un centro comercial y ve una máquina de algodón de azúcar. La madre es la que quiere el algodón, pero en vez de limitarse a comprar uno, instiga al niño para que diga "nene quiere algodón azúcar". Por otro lado, si el niño dice "nene quiere algodón" y es a la madre a quien no le apetece, ésta podría decir "no, el nene no quiere algodón ahora". Si además de con el algodón de azúcar, esta madre actúa de forma parecida con todos los dulces o chucherías, esto es, si (1) instiga a su hijo a decir "quiero un helado" cuando es ella quien realmente lo quiere, y (2) por otro lado castiga la respuesta cuando se da el caso contrario (p.ej., "tú no quieres helado, ya tomaste uno"), para este niño "querer una chuchería" no quedará bajo control privado exclusivamente. El grado de control privado dependerá de lo sensible que sea la madre a los deseos de cucherías de su hijo.

En el mejor de los casos, se llegaría a crear una discriminación condicional en la que el niño sólo querrá chucherías cuando estén presentes dos tipos de estímulos: (1) el estímulo privado de querer, y (2) el estímulo público de la madre que también quiere. Cuando falte alguno de ellos el niño no querrá chucherías. En el peor de los casos, los deseos del niño dependerán solamente de los deseos particulares de la madre en un momento dado. Cuando este niño llegue a ser un adulto es probable que aparezca alguna manifestación de un problema menor del yo, como podría ser el siguiente caso: Está comiendo fuera con unos amigos, y el camarero le pregunta si quiere postre. De repente parece confuso, y entonces mira a sus amigos y les pregunta, "¿queréis postre?", y sólo querrá si también quieren los demás.

Se puede presentar una simulación mucho más problemática cuando un amplio espectro de respuestas "yo X" no han quedado bajo control privado de forma adecuada. En este caso, los padres castigan, o no refuerzan, una variedad de respuestas que están normalmente controladas por estímulos que sólo son accesibles para el niño, tales como "yo quiero una aceituna", "me duele la barriga", "creo que nadie me quiere", "tuve una pesadilla horrible" o "yo quiero más". En el peor de los casos se desarrollará un trastorno grave del yo, en el que el niño sólo "querrá" o "sentirá" cuando los padres u otras personas indiquen que es adecuado hacerlo, y serán muy duros para él los momentos en que se encuentre a solas en contacto con sus sentimientos y deseos. En el mejor de los casos, se desarrollará un control condicional de "querer" o "sentir" bajo control privado. En otras palabras, cuando el niño esté solo los estímulos privados controlarán esa respuesta, pero cuando estén presentes los padres el niño evitará el castigo y maximizará la recompensa prestando atención a las reacciones de los padres para mostrar una respuesta aceptable. Hay que señalar que no nos estamos refiriendo al niño que suprime la manifestación verbal de sus sentimientos o

sus necesidades. Por el contrario, nos referimos al desarrollo anterior del ser consciente de los propios sentimientos y necesidades (refuerzos), y al modo en que uno llega a darse cuenta y delimita por primera vez sus propios sentimientos y necesidades.

En términos de reforzamiento de los distintos tipos de conducta verbal, tanto el rango como la consistencia de las respuestas podrían variar muchísimo más en el ambiente natural que en los ejemplos deliberadamente simplificados que hemos expuesto. En general, como ya planteábamos en el capítulo sobre las emociones, podríamos esperar una mayor inconsistencia y una confianza excesiva en los estímulos públicos durante el desarrollo del "yo siento X", cuando X es una reacción emocional, hambre o dolor, puesto que estas reacciones son fundamentalmente privadas y sus aspectos públicos son difíciles de apreciar. En otras palabras, incluso en los adultos sin trastornos del yo, o con problemas muy leves, sus estados aparentemente internos pueden verse bastante afectados por los estímulos externos (p.ej., sentirse feliz entre una multitud jubilosa, o no sentir hambre o un dolor de cabeza cuando se trabaja intensamente para acabar una tarea a tiempo).

En general, cuantas menos respuestas "yo X" tenga una persona bajo control privado, mayor será la confusión o la dificultad que experimente para responder a preguntas que tengan que ver con sus preferencias, deseos o valores personales, cuando esté delante de otra persona que sea difícil de "interpretar". Tales preguntas pueden incluir: "¿qué te gusta?", "¿qué quieres?", "¿tú qué crees?", o "¿cuáles son tus objetivos?".

2. *Sensibilidad extrema ante las opiniones de los demás*. La sensibilidad extrema ante las opiniones, creencias, deseos o estados de ánimo de los demás, es otra forma de decir que los "yo X" de una persona, que deberían estar bajo control privado, en realidad están controlados públicamente. Si un individuo tiene un sentido del yo inestable, puede experimentar como devastadora cualquier crítica real o percibida, porque significa que cualquiera de los "yo X" criticados estaban equivocados o eran nocivos, y por tanto deberían adoptarse "yo X" de quien critica. Ello supone, además, un desplazamiento desde un mínimo y débil control privado que pudiera haber, hacia el control por el otro. En algunos casos, las críticas de los padres significan más bien su estado de humor, y por tanto llegan a ser un estímulo discriminativo de los cambios evidentes en su forma de pensar, sentir y ver relacionados con "yo X".

Bajo estas condiciones, la vida es impredecible, caótica y sujeta a los caprichos de los demás y, por tanto, aversiva. Un ejemplo de esta sensibilidad apareció durante una sesión de terapia con Irene y el primer autor. En un momento en que hablaba menos de lo habitual al responder a una pregunta, yo quise castigarla ligeramente diciéndole, de forma suave y con buen humor, "¡Oh!, vamos Irene, tú puedes hacerlo mejor que eso". Aunque no lo aparentó en ese momento, Irene reveló más tarde que se había sentido desolada por mi comentario, se replegó en sí misma, y quiso acabar la terapia. Si el yo se apoya fundamentalmente en el exterior, es decir, si el control sobre las respuestas "yo X" y "yo" es público, entonces tiene sentido la naturaleza arrolladora y abrumadora de la reacción de Irene.

Algo parecido ocurrió entre el segundo autor y una cliente llamada Shelly que llevaba varios años en terapia. Estábamos atravesando un período de "bloqueo" y le dije a Shelly que debería ser más activa en la terapia:

T: Me gustaría que durante esta semana pensases sobre los objetivos de la terapia y hablásemos sobre ello en la próxima sesión.
P: [*Con aspecto agitado*] No sé qué quieres decir.
T: No tengo una idea muy clara de hacia dónde quieres ir y me gustaría que tomases un papel más activo al respecto. A veces siento que tengo que hacer demasiado esfuerzo para que te extiendas cuando no hablas.
P: [*Las lágrimas le caen por la cara, se levanta de la silla e intenta salir de la consulta*] No puedo tolerar esto. Me voy.
T: No Shelly, *no* vas a ir a ninguna parte. Siéntate y hablemos de esto.
P: [*Sollozando y tomándose un tiempo antes de hablar*] No creí que hubiera ningún problema. Pensé que estaba haciendo mucho mejor eso de hablar. No puedo hacer lo que quieres.
T: Yo no pretendo otra cosa que hablar sobre la forma de mejorar tu terapia, y tú actúas como si yo fuera a echarte de aquí.
P: Pues eso es lo que parece, y prefiero dejarte yo antes de que me dejes tú a mí.
T: Shelly, estoy muy decidida a trabajar contigo. Nuestra relación no corre absolutamente ningún peligro. No se trata en absoluto de eso. Me gustaría poder pedirte que hablases más, o que tuvieses más iniciativa, sin que por eso me amenazaras con dejar la terapia.

Dado que Shelly tenía una historia de abandono por parte de otras personas significativas y padecía de un sentido inestable del yo, reaccionó de una forma extremada a mis críticas. Ella se sentía como si su mundo se derrumbara por el hecho de que yo no percibía las cosas del mismo modo que ella. Debido a mi crítica, Shelly se sentía confusa en relación con sus "yo X", y su única opción fue adoptar los míos. De este modo, tanto la terapia como yo misma nos convertimos en algo impredecible y amenazante. En las sesiones siguientes la ayudé y reforcé por mostrar ideas o impresiones diferentes de las mías. Como parte de este proceso, la animé a (1) evitar tactar nuestras diferencias como si ella estuviese equivocada y yo llevase la razón, y (2) a adoptar la regla de que el hecho de que yo le pidiese que se comportara de otro modo no significaba que yo fuera a abandonarla si ella no hacía o no podía hacer lo que le pedía (ver el Capítulo 5 sobre cogniciones y creencias).

A partir de las reacciones de Irene y Shelly, y usando estímulos públicos más concretos, podríamos establecer la siguiente analogía: la persona A dice: "veo un mango", y la persona B dice: "no, estúpido, eso es claramente una naranja". Si la persona A confiase en sus propias percepciones, tomaría por tontos los comentarios de la persona B, o bien diría que el estúpido es B. Pero si la persona A no confiase en sus propias percepciones (esto es, si sus respuestas "yo X" no se encontraran bajo un control privado sólido), se sentiría desconcertada y

desorientada al ver que su visión del mundo era calificada de incorrecta.

Dificultad para la espontaneidad, la creatividad y para acceder al verdadero yo

Cuando la conducta se ha desarrollado bajo el control de estímulos aversivos, se experimenta que la fuente de control procede del exterior y la persona no se siente libre (Skinner, 1971). Por *estímulos aversivos* nos referimos al castigo, retirada de refuerzo positivo y amenazas de daño o privación. Así, un niño que crece intentando complacer a sus padres porque si no éstos le retirarán su amor, se sentirá como si estuviese controlado por otros. Como comentábamos anteriormente, el uso de estímulos aversivos es casi siempre un caso de reforzamiento arbitrario, y el niño que crece bajo control de reforzamiento arbitrario también se sentirá controlado y manipulado.

Tal y como lo entendemos en nuestra cultura, un acto espontáneo es aquél que se experimenta como surgiendo desde dentro. Así, la ausencia de actos espontáneos se correspondería con una historia dominada por el control aversivo. También el "yo" inestable podría desempeñar aquí su papel. De la misma forma en que es posible que los "deseos" de "yo quiero" se experimenten como procedentes del exterior, también podría ocurrir lo mismo con las ideas de "yo tengo una idea" o con los pensamientos de "yo pienso". Cuando este tipo de control público esté presente, podría interferir con la experiencia de acción espontánea. De forma similar, la sensibilidad a la crítica que caracteriza un "yo" inestable podría limitar la espontaneidad y la creatividad. Las acciones espontáneas y creativas pertenecen a una clase de respuesta mayor que contiene a lo fantástico, lo inusual, lo grosero, lo obsceno y otras respuestas normalmente rechazadas por los demás. De este modo, una elevada sensibilidad a la crítica daría como resultado un debilitamiento de la clase de respuestas completa, incluyendo los actos espontáneos y creativos.

Trastorno narcisista de la personalidad

Según Kohut (1971, 1977), la persona con un trastorno narcisista de la personalidad experimenta a los demás como indiferenciados del individuo que sirve a las necesidades del yo: esto es, la persona narcisista fantasea con tener un control sobre los demás, de forma parecida al control que tiene un adulto sobre su propio cuerpo. Son incapaces de confiar en sus propios recursos, y por tanto han desarrollado un fuerte apego a los demás.

Hay un equivalente conductual del trastorno de personalidad narcisista que corresponde a la descripción de Kohut. Nuestra hipótesis es que los individuos narcisistas crecen bajo condiciones típicas para el desarrollo de un yo inestable (p.ej., no obtuvieron amor o atención a sus necesidades emocionales de una forma consistente, no se respetaron de modo consistente sus propias experiencias y opiniones), pero sin embargo fueron reforzados de modo superficial o limitado por mostrarse encantadores, exigentes, bellos (normalmente en mujeres) o poderosos (normalmente en hombres). Una persona con ese bagaje (1) había perdido el control privado sobre "yo", lo que le dificultaría para diferenciar sus propias necesidades de las de alguna otra

persona; (2) confiaría excesivamente en los reforzadores externos (p.ej., la admiración, el elogio o los regalos de los demás) para experimentar un sentido del yo; y (3) sabría cómo controlar y manipular a los demás (p.ej., mediante su encanto o su poder) para hacer más tolerables las relaciones.

Miller (1983) propuso una hipótesis interesante sobre la historia infantil de los psicoterapeutas. Señalaba que la sensibilidad hacia las necesidades de los demás y el deseo de ayudarlos en sus problemas, que son las cualidades de un buen psicoterapeuta, son moldeadas y reforzadas originalmente por una madre narcisista (los términos *moldear* y *reforzar* son nuestros, no aparecen en los escritos de Miller). Obviamente, en el caso de un niño que crece para convertirse en psicoterapeuta, el grado de narcisismo debería ser reducido, así como el de trastorno del yo.

Trastornos graves del yo

Un gran número de respuestas "yo X" bajo control público subyace a los problemas graves del yo. Esta situación es producida por unos padres muy inconsistentes en sus propias reacciones a los estímulos públicos evidentes (p.ej., un padre esquizofrénico o límite). Con esos padres inestables, la respuesta "yo veo", por ejemplo, sería reforzada solamente cuando estuviesen presentes los siguientes *Ed:* (1) el estímulo consistente en la orientación pública del niño hacia un objeto también público, (2) el estímulo público de la orientación de los padres, y (3) el estímulo de los padres que no parezcan estar preocupados, distraídos o bajo una crisis psicótica. En estas condiciones de aprendizaje, sólo una pequeña parte de la actividad privada relacionada con el ver llegará a controlar la respuesta "yo veo". Por el contrario, el ver del niño será controlado por el estado de humor y la orientación pública de los padres. Bajo estas circunstancias extremas, cuando los padres estén presentes, el niño sólo podría ver un pez cuando hubiera estímulos públicos evidentes: tanto el propio pez como las señales de que los padres también lo ven.

El "yo" que emerge bajo estas condiciones podría depender de las señales proporcionadas por los padres. Como resultado, cuando los padres están presentes, lo que se ve, siente, gusta, disgusta, etc., dependería de las señales proporcionadas por los padres. Por ejemplo, un conjunto de señales podrían ser que los padres parezcan estar de buen humor, aparentemente controlados y prestando atención a lo que ocurre (p.ej., a los estímulos públicos), y proporcionarían indicios de que las necesidades del niño serían atendidas. Así, con base en las experiencias pasadas del niño cuando "los padres están de buen humor", aparecerá un extenso repertorio de respuestas "yo X", como "tengo hambre" o "he visto un pájaro", que serán reforzadas. El "yo" que emerge bajo estas condiciones estará bajo control público; esto es, el sentido o experiencia del "yo" dependerá de las señales dadas por los padres. Sin embargo, cuando los padres se encuentren en otro estado, distantes, absortos o incluso alucinando, se requiere un repertorio "yo X" diferente, por lo que emergería una experiencia diferente del "yo" controlada públicamente (p.ej., una que no tenga sentimientos o necesidades, o bien que sea hipersensible a las necesidades de los padres). Las categorías diagnósticas de trastorno límite de persona-

lidad y trastorno de personalidad múltiple, que se verán a continuación, representan estos trastornos graves del yo.

Trastorno límite de la personalidad

La afirmación "me siento vacío", característica de los clientes diagnosticados de trastorno *límite* de la personalidad, podría ser un efecto de la relativa ausencia de *Ed* privados que controlen "yo". Puesto que el querer, sentir, pensar, etc., no se encuentran principalmente bajo control privado en los casos patológicos extremos, la posición (locus) es fundamentalmente externa y dependiente de la conducta de los padres. La localización "externa" de los estímulos que evocan "yo" se experimentaría como despersonalización, y cuando están ausentes esos estímulos externos uno podría experimentar la ausencia o la pérdida del yo. Puesto que el *vacío* se refiere a algo que estaba contenido dentro y que ahora ha desaparecido, la presencia y ausencia de los estímulos que controlan la experiencia del yo podría tactarse como "vacío".

Según Linehan (1987), un ambiente familiar invalidante provoca el desarrollo del trastorno límite de personalidad. Es probable que estos padres (1) invaliden los informes del niño sobre sus experiencias emocionales cotidianas, especialmente las negativas (p.ej., no las toman en serio, desconfían de esas informaciones, responden como si el niño no estuviese sintiendo lo que dice sentir); (2) sobresimplifican la facilidad que pueda tener uno para controlar las experiencias emocionales, el pensamiento o la acción propios, invalidando así las dificultades o la necesidad de ayuda experimentadas por el niño; y (3) critican excesivamente o responden castigando cuando el niño muestra preferencias, valores y creencias que no se corresponden con los suyos.

El punto de vista conductual sobre la explicación de Linehan sería que esta invalidación es la falta de reforzamiento positivo del control privado de las respuestas del niño. Tal como ella lo describe (pero con nuestras palabras), esta anulación interfiere con el control privado sobre un amplio rango de respuestas "yo X", como "yo quiero", "yo siento", "yo necesito" o "yo creo". Como ya señalábamos, estas contingencias afectarán directamente no sólo a la experiencia de "yo quiero", "yo siento", "yo necesito" o "yo creo", sino también a la experiencia de "yo" que emerge a partir de ahí.

Para ilustrar este modelo, volvamos al caso de Ángela, una cliente que describió lo que le ocurrió cuando iba de compras con su madre. Recordaba que su madre era cruel y distante la mayor parte del tiempo. Recordaba ir sentada en el carrito de la compra sintiendo su habitual distanciamiento y desorientación. Sin embargo, en una de las raras ocasiones en que su madre se mostró más amable y maternal, le preguntó si quería un regalo. Desapareció entonces ese distanciamiento, de repente tuvo conciencia de todas las cosas buenas que anhelaba y pidió algo muy emocionada. De este modo, y bajo control de la estimulación pública de la conducta de su madre, apareció el "ver", el "querer" y el sentido del yo de Ángela.

Lo que se observaba en el caso de Ángela eran los efectos de los "yo X", controlados públicamente, sobre el inestable y discontinuo sentido del yo. Este caso es también un ejemplo de la extrema sensibi-

lidad de Ángela ante los estados de humor de los demás. Concretamente, un cambio relativamente pequeño en la conducta de su madre sirvió como estímulo discriminativo para cambios importantes en el pensar, sentir y ver asociados a "yo X".

Cabría preguntarse ahora, ¿cuál es la experiencia del "yo" cuando no están presentes otras personas significativas?. En el ambiente normal, donde el "yo" queda finalmente bajo control privado, la experiencia del "yo" podría ser similar en todas las situaciones. Sin embargo, en un ambiente desadaptativo la ausencia de los padres implicaría también la ausencia de los estímulos que evocan el "yo", de manera que o bien se pierde el sentido del yo, o bien se desarrolla un sentido de yo distinto del yo evocado por otras personas. La explicación de cómo podría desarrollarse ese yo "solitario" está relacionada con la situación más general de cómo se refuerza y se mantiene el hablarse uno a sí mismo –un tema ya tratado en el Capítulo 5 sobre la cognición-. Basándonos en las nociones del Capítulo 5, hay momentos en los que ciertas frases "yo X" dirigidas a uno mismo pueden ser importantes (reforzantes). Por ejemplo, decirse a uno mismo "estoy cansado y necesito descansar" puede ser útil para indicar cuándo es hora de descansar. En estos casos, es muy probable que el reforzamiento sea natural y, por tanto, consistente. El yo "solitario" que se ha desarrollado bajo estas condiciones podría ser muy resistente y estable, si bien podría ser menos completo que el desarrollado en base a "yo X".

El caso de Tom, un cliente que con frecuencia se replegaba y se encerraba en sí mismo, proporciona una descripción de cómo un yo ausente puede hacer pagar el precio cuando uno se encuentra solo. Según Tom, cuando se replegaba sobre sí mismo podía relajarse y ser él mismo. Podía pasar todo un día sin apenas darse cuenta de lo que pasaba a su alrededor. Aunque parecía tener un escaso sentido del yo cuando estaba solo, sin embargo experimentaba este yo como estable, no sujeto a los caprichos de los demás y, por tanto, era una experiencia positiva para él. Por el contrario, le molestaba interrumpir este estado para relacionarse con su terapeuta o con su esposa. Recordaba haberse aislado de esta manera por primera vez durante su caótica infancia, y continuó haciéndolo cada vez que le era posible.

La evitación de esas situaciones en las que el "yo" está controlado públicamente continuaría si, como en el caso de Tom, uno solamente pudiera estar "relajado" cuando el "yo" no está siendo controlado por otras personas. Una manera de llevar a cabo esta evitación podría ser evitar a todos los demás y convertirse en un ermitaño. Una posibilidad más práctica sería evitar solamente aquéllas relaciones en las que los otros ejercen control sobre el "yo". Desde nuestra perspectiva, siempre que las reacciones de los otros sean fuentes importantes de reforzamiento, esos otros pueden controlar al "yo". Así que, se acaba evitando las relaciones estrechas y significativas. Tal y como lo describía Ángela, perdía su identidad cada vez que ella misma o la otra persona empezaban a "encariñarse". "Cuando esto ocurre -decía- es la hora de cortar".

Por otra parte, muchas de las personas que tienen un escaso control privado sobre el "yo" encuentran casi intolerable estar solos. Nuestra hipótesis es que, además de las condiciones invalidantes que interfirie-

ron con su desarrollo del "yo", se vieron sometidas a un abandono extremado donde no se tuvieron en cuenta siquiera sus necesidades más básicas (p.ej., de pequeños los dejaron hambrientos, sedientos, sucios, helados y asustados durante largos períodos de tiempo). Estas personas sufrieron tal abandono por parte de unos padres ausentes y/o despreocupados. Por su parte, el yo ausente también era evocado por la ausencia y/o despreocupación de los padres. Bajo tales circunstancias, las condiciones evocadoras de un yo ausente son aterradoras. Los individuos con estas experiencias buscarán compañía constantemente, no sólo para escapar del vacío, sino también para evitar el pánico asociado a las experiencias previas de abandono.

No es infrecuente que las personas con escaso o nulo sentido del yo anhelen tanto la soledad como la compañía. Una cliente así, Penny, persistía en una larga serie de ligues de una noche para escapar de su vacío interior, pero tan pronto como alguien comenzaba a formar parte de su vida, empezaba a sentirse enfadada y asfixiada, y necesitaba alejarse rápidamente. Esta conducta tenía sentido porque estuvo sometida en su infancia a un ambiente invalidante de control aversivo, negligencia y abandono.

Trastorno de personalidad múltiple

El trastorno de personalidad múltiple (TPM) es el diagnóstico que se aplica al individuo que actúa como si fuese más de una persona. En diferentes momentos, el cliente con un TPM puede hablar, emocionarse, recordar y experimentar el yo de modos diferentes que sólo se observarían en personas distintas. Nuestras impresiones sobre la naturaleza y el tratamiento del TPM que presentamos en este apartado están basadas fundamentalmente en el amplio texto de Putnam (1989).

Aunque se conoce relativamente poco acerca de este complejo y desconcertante trastorno, está bastante aceptado el factor etiológico del trauma infantil. Un estudio, por ejemplo, halló que el 97% de todos los clientes con un TPM informaron haber sufrido graves traumas en su infancia (National Institute of Mental Health, citado en Putnam). Estos traumas incluían el abuso físico y/o sexual, el abandono extremo y ser testigo de una muerte violenta.

El caso prototípico de TPM consiste en lo siguiente: durante un episodio de abuso severo, el niño experimenta una despersonalización o un abandono de la escena, algo así como una experiencia extracorporal en la que el niño se ve a sí mismo flotando sobre su cuerpo o yendo a otro sitio. Después, y a menudo durante toda la vida, se olvidan los detalles del abuso; esto es, hay una amnesia del abuso. En el argot de la literatura del TPM, al yo que experimenta el abandono de la escena y padece la amnesia se le denomina *huésped*. Sin embargo, y a pesar de que el huésped se ha marchado, otro aspecto del yo permanece presente y consciente de los detalles del abuso mientras éste está teniendo lugar. A este aspecto del yo se le denomina un *alter* (o *alters*, dado que normalmente existe más de uno). El conocimiento de los demás alter por parte de alguno de ellos puede ser limitado o bien estar ausente.

Los repertorios de conducta que definen al huésped y al alter(s) presentan muchas de las características de personas que están separadas. El hecho de que se consideren

separadas depende de la definición que hagamos de persona o individuo. Si la definición incluye un único cuerpo, entonces el huésped y el alter no pueden considerarse separados. Sin embargo, si se utiliza una definición conductual, entonces es posible considerar a las personalidades como personas más o menos separadas. Una persona puede definirse en términos de sus formas características de actuar, incluyendo su forma de hablar, estilo interpersonal, asertividad, habilidades especiales (p.ej., un impresor, un médico), recuerdos, así como de sus reforzadores (intereses, valores, preferencias, etc.). Además, la experiencia de yo de una persona individual implica continuidad, una conciencia permanente y el origen de las acciones. En otras palabras, uno se experimenta a sí mismo como el lugar desde el que tienen lugar el ver, el oír y el recordar. Este sitio se diferencia del sitio (locus) de otras personas. Desde este punto de vista conductual, el huésped y los alter pueden considerarse personas separadas en cuanto que presentan características conductuales de personas distintas. El hecho de que sea posible que al menos uno de los alter conozca las experiencias privadas del huésped, sin embargo, es una característica conductual que no se encuentra en personas distintas.

La naturaleza de la personalidad separada del huésped y de los alter queda dramáticamente ilustrada cuando un alter es violento e inquisidor. Putnam informó de que muchos intentos serios de suicidio (y presumiblemente algunos suicidios) son el resultado de la conducta homicida de un alter dirigida al huésped y/o a otro alter. Por otro lado, algunos alter sólo tienen algunas de las características de otra persona, y se denominan personalidades fragmentarias en la literatura del TPM. Por ejemplo, el alter puede ser un niño con repertorios muy limitados. Para los clínicos que no han tenido experiencia directa con el TPM puede resultar difícil de aceptar la idea de que un alter (p.ej., una persona cuya individualidad se define por su conducta) pueda ser reconocido como una persona distinta por los demás (p.ej., el terapeuta). Ambos autores hemos tratado clientes con TPM y podemos corroborar los informes de otros clínicos, en el sentido de que el huésped y los alter se perciben con frecuencia como individuos diferentes. Esto es consistente con el punto de vista conductual de que, en muchos sentidos, son personas distintas.

Hay que considerar también la posibilidad de que el TPM pueda ser fingido, y hay casos documentados sobre este fenómeno. También se ha afirmado que el TPM es un trastorno iatrogénico: es decir, los terapeutas que buscan la novedad y la teatralidad del TPM podrían evocar y reforzar inadvertidamente esta conducta en sus clientes. Incluso aunque no se evoque o estimule directamente, el hecho de tratar a los alter como personas distintas proporciona contingencias que mantienen esa separación. Kohlenberg (1973) ofreció cierto apoyo al papel que juegan las contingencias en el TPM, al mostrar que las distintas personalidades de un cliente aparecían y desaparecían cuando se le reforzaba por hacerlo. Aunque hay que considerar la simulación y las contingencias iatrogénicas, la evidencia sugiere que la mayoría de los casos de TPM no se invocan para beneficio del terapeuta. En particular, el diagnóstico de este trastorno y el descubrimiento de los alter no suele darse hasta pasados 5 años o más de terapia.

Puesto que el valor adaptativo del TPM está estrechamente vinculado al secreto y al engaño, es posible que muchos, o incluso la mayoría, de los casos no lleguen nunca a diagnosticarse.

Una explicación conductual del TPM. Vamos a examinar las posibilidades de aplicación de nuestro enfoque conductual del yo a los diferentes fenómenos del TPM. Estos fenómenos incluyen los distintos repertorios de conducta y la experiencia de yo que caracterizan al TPM. Una explicación del TPM debería mostrar también por qué esta reacción al estrés ocurre solamente en la infancia, y señalar las posibles diferencias individuales que expliquen por qué este trastorno no se desarrolla en todos los niños severamente traumatizados.

Nosotros suponemos que antes del trauma, el niño ya ha desarrollado repertorios de conducta que lo predisponen a un TPM. Así, en el momento del trauma entran en funcionamiento estos repertorios y se desarrolla el TPM.

En primer lugar, en el momento del trauma el yo no está completamente bajo control privado. En cierto sentido, la teoría del yo que presentamos en este capítulo es una teoría sobre cómo llegamos a experimentar nuestro yo como una persona individual en un primer plano. Antes de que los estímulos privados lleguen a controlar el "yo" aún no han emergido algunas de las características del individuo (p.ej., una personalidad propia). Concretamente, el niño tiene una experiencia relativamente limitada de yo como (1) continuidad, (2) un originador de acciones, y (3) una conciencia permanente que lo sostiene y lo ve todo. Para que llegue a experimentar este estado, los padres han de reforzar consistentemente las respuestas "yo X", de forma tal que el locus adquiera control. Es posible que antes de que se complete este proceso normal, se dé también una amplia variedad de experiencias del yo.

Puesto que el desarrollo del niño es más propenso a cambios en la experiencia del yo, la norma sería un yo fluctuante. Por ejemplo, una niña pequeña puede estar quieta y tranquila cuando está abrazada a su padre, pero adquiere un carácter completamente diferente cuando juega con otros niños. Puede ser ruidosa, descontrolada y agresiva. No solamente cambian estos repertorios observables, sino que la niña puede experimentar también estos yo como distintos (en la medida en que su experiencia de "yo" se encuentre bajo control público). Creemos que la actividad de "ser otro" se ve facilitada por estas experiencias de yo distintos, que son normales durante la infancia.

La actividad de ser otro se puede observar con frecuencia en los niños. Juegan a ser adultos, médicos, brujas, papás o mamás. Están expuestos a los estímulos públicos de las acciones de sus padres, las descripciones de caracteres en los cuentos o las diferentes personalidades de dibujos animados en televisión. Estos caracteres son estímulos públicos que modelan el modo en que pueden actuar, sentir y ver los niños. Con frecuencia los niños adoptan estos papeles casi sin que se les aliente o anime a ello. En cualquier centro comercial puede verse a los pequeños vestidos con capas de Batman y saltando desde los bancos, chuleándose con botas y sombrero de vaquero, o haciendo ruidos y giros como si fuesen un avión. En este contexto, los padres estimulan y refuer-

zan con frecuencia esta actividad. Aunque también los adultos pueden entretenerse en "ser otro", estamos sugiriendo que esta experiencia es diferente para los niños. Puesto que los niños tienen un yo más maleable, la experiencia es más real para ellos, en el sentido de que puede verse afectado un rango más amplio de actividades "yo X". Esto es, el niño podría experimentar realmente los sentimientos y las imágenes visuales de ser grande, fuerte y ágil como Batman (en ocasiones el cliente con un TPM puede ver realmente a otra persona cuando se mira en un espejo, dependiendo de cuál sea el alter que esté presente). Por el contrario, el actor adulto está más en contacto con un sentido estable de sí mismo y con las experiencias visuales que le recuerdan que es una persona normal haciendo el papel de alguien distinto.

También otras contingencias pueden ayudar a mantener el ser otro. Por ejemplo, los padres pueden estimular al niño para que actúe como otro cuando se le dicen: "sal ahí fuera y compórtate como un hombre". También parece reforzarse el ser otro cuando los niños juegan con otros niños, como en el juego de policías y ladrones. Sin embargo, es relevante en este tema el caso en que ser otro pueda verse reforzado porque ello reduce la aversividad del castigo. Por ejemplo, si un niño es castigado y enviado a su habitación, y cuando se encuentra allí simula ser Superman, esta simulación puede distraer al niño de las condiciones aversivas que lo llevaron a la habitación. Hay que tener en cuenta que la actividad de simulación de un niño, cuyo "yo" está controlado aún por estímulos públicos, puede cambiar la experiencia fundamental de lo que ve y de lo que siente.

La maleabilidad de un yo mutable, que se adapta a las demandas de los estímulos públicos, se ha demostrado también por la mayor susceptividad de los niños a la sugestión. Los niños, como grupo, son significativamente más hipnotizables que los adultos (Putnam, 1989, p. 52). Entendemos la susceptibilidad hipnótica como la sensibilidad al control público de lo que se ve y experimenta (p.ej., sugestiones hipnóticas del tipo "notas cómo tus párpados pesan más y más", "sientes como un calor en todo tu cuerpo", "ves que una estrella de una lejana galaxia se acerca, y se va haciendo cada vez más grande y más brillante"). De nuevo, conforme el niño madura hay algo menos de control por parte de los estímulos públicos, el yo es más estable, y disminuye la susceptibilidad hipnótica.

En cuanto al papel que desempeña el trauma, cuando ocurre de forma repetida un acontecimiento muy aversivo, el niño está altamente motivado para escapar y evitar ese evento. Puesto que salir corriendo o enfrentarse al abusador no sirve de nada, pueden aparecer otros repertorios de escape o evitación. Uno de esos repertorios podría ser el ser otra persona; es decir, si el niño tiene la experiencia de ser otro, ello podría serle funcional en ese momento del trauma. Esto sería particularmente cierto si el hecho de ser otro ya hubiese sido efectivo para reducir la aversividad en ocasiones anteriores (como en el caso del niño que es enviado a su habitación como castigo). Además de reducir la aversividad mediante la distracción, ese otro particular y diferente que el niño simula ser también podría ayudarle en esa evitación, al mantener una conciencia limitada (como un niño pequeño) o una mayor tolerancia al dolor (como Superman).

Más concretamente, el ser otro durante el trauma podría ser adaptativo si el huésped no recordase lo ocurrido (amnesia). Como discutimos en el Capítulo 4, recordar es una conducta sujeta a sus consecuencias, como cualquier otra conducta operante. Incluso sin llegar a ser otro, a menudo no se recuerdan los acontecimientos traumáticos. El hecho de recordar se facilita mediante el contacto con los estímulos relacionados con el acontecimiento a recordar. El olvido se ve facilitado por la evitación de aquellas situaciones que no se quieren recordar. Ser otro que ve de forma distinta al yo principal, cambia en realidad los estímulos que se ven, evitando así el contacto con los estímulos relacionados con el acontecimiento a recordar. Esto, a su vez, facilita la amnesia. Quizás la función principal de ser otra persona durante el trauma sea el hecho de que facilita la amnesia.

Convertirse en otro durante el trauma, y entonces desconectar y no recordar, tiene el efecto de aislarse del acontecimiento traumático. Si no se produce la amnesia, entonces los efectos del trauma serían más intrusivos en la vida diaria del niño, que es lo que ocurre en los adultos con el trastorno por estrés postraumático. Así, el niño estaría muerto de miedo y evitaría al abusador, y también cualquier cosa relacionada con el trauma. Pero este tipo de evitación no sería adaptativa, ya que el abusador en muchos casos son los padres o alguien que le cuida. Por tanto, el niño depende del abusador y debe vivir en el ambiente donde ocurrió el abuso. Por el contrario, con el aislamiento del trauma, el niño puede ser incluso cariñoso y afectivo con el abusador la mayor parte del tiempo, y recibir así la atención necesaria para sobrevivir en esta situación.

Una vez que ocurre el aislamiento del trauma, el desarrollo del yo es fragmentado. En lugar de un progresivo aumento del control privado del "yo", hay más de un "yo" susceptible de ser controlado por diferentes estímulos privados, y puede haber más de un locus o perspectiva. Además del locus del "yo" para el huésped, puede haber otro locus diferente desde donde ve el alter. Sería de esperar que estas múltiples fuentes de control del "yo" llegaran a influir en la experiencia de la localización del yo. Esta situación podría contribuir también a las frecuentes experiencias extra-corporales de las que informan los clientes con TPM, que se describen a menudo como si estuvieran viéndose en una película o viéndose a sí mismos desde arriba. Las experiencias separadas del huésped y del alter permiten un desarrollo independiente de casi cualquier aspecto de una persona. De este modo, cada alter puede tener sus propios gustos y aversiones, vocabulario, experiencia del yo, experiencias visuales, etc. Algunos alter presentan un estancamiento en su desarrollo debido a un contacto limitado con el mundo y mantienen la misma edad que tenían cuando aparecieron. Otros alter están más en contacto con el mundo y cambian o maduran con la experiencia.

Cuestiones relacionadas con el tratamiento del TPM. La forma en que el terapeuta se supone que se relaciona con los alter es el tema fundamental en el tratamiento, y a veces lleva a recomendaciones contradictorias. Por un lado, Putnam (1989) enfatizaba que los alter no son personas separadas, y deberían de tratarse siempre como partes del mismo individuo. Pero, por otra parte, parece suceder lo contrario cuando Putnam

daba detalles sobre el tratamiento. Por ejemplo, al detallar los procedimientos de tratamiento, Putnam animaba al terapeuta a preguntar su nombre a los alter, conseguir la ayuda de un alter para controlar a otro, no establecer favoritismos entre ellos, y pedir la atención de todos ellos cuando el terapeuta tenía algo importante que decir.

Sin embargo, hay razones importantes para explicar estas formas contradictorias de acercarse a los alter. Por una parte, el tratamiento está dirigido a conseguir algún tipo de integración o unificación. Tratar a los alter como personas separadas socava este propósito. Pero, por otro lado, una parte importante de la terapia consiste en acceder a los alter ocultos, que permanecerían así a menos que se les trate como personas distintas. Sizemore (1989), que es la "Eva" de la conocida *Las tres caras de Eva*, señalaba la importancia de que el clínico aceptase a los alter como reales: "Si los clínicos ven a los alter de los clientes con un TPM como partes, fragmentos o ilusiones, mientras que los clientes ven a sus alter como otras personas, se rompería la base de la comunicación" (p. 267). Nuestro modelo conductual parece que ofrece un modo de superar este dilema, proponiendo además algunas orientaciones terapéuticas generales.

En términos de conducta, los alter son personas más o menos separadas. Por tanto, deberían tratarse durante la terapia de acuerdo con el tipo de persona que sea. Un alter que se describe a sí mismo como un niño de 6 años deberá tratarse de forma diferente al que dice ser un adolescente barbilampiño. El objetivo del tratamiento es hacer que los alter sean más conscientes de las experiencias de los otros alter. A menudo, este proceso suele ser sumamente aversivo y produce evitación; es decir, informar al huésped que tiene personalidad múltiple puede provocar menos ansiedad que contarle en detalle las experiencias de uno de los alter. Al igual que en terapia de familia, se requiere paciencia y cautela para conseguir que los alter revelen sus pensamientos más íntimos y los discutan con los otros. Esto es particularmente cierto en el TPM, ya que la razón de existir de los alter reside en ocultar información. Durante el curso de la terapia, el terapeuta ofrece a los alter la misma ayuda que podría ofrecer a cualquier otro cliente. Siempre es importante prestar atención a las CCR. Por supuesto que la CCR1 más importante es la falta de conciencia y los diferentes repertorios característicos del TPM. Otra CCR1 es la ira dirigida hacia el terapeuta por parte de algún alter, que la dirige igualmente a otros alter y a otras personas en la vida diaria. Conforme los alter mejoran y van aumentando su conciencia respecto a los otros, el terapeuta puede atenuar su papel de mediador. Gradualmente, los repertorios de los alter comenzarán a parecerse y la conducta del cliente empezará a parecerse más a la de una única persona. Se considera que la terapia ha tenido éxito cuando estos clientes son competentes en su vida diaria, incluso aunque no experimenten un yo unificado como experimenta la mayoría de la gente. Sizemore (1989) relataba su experiencia posterapéutica del siguiente modo: "Incluso términos como integración o unificación parecen reforzar una visión poco natural del yo. Porque, incluso aunque el cliente con un TPM acepte estos términos clínicos racionalmente, aún posee lo que podríamos denominar una convicción inconsciente: Una vez fui varios. Ahora soy uno. Pero no soy el puzzle compuesto por sus partes."

(p. 267). Como afirmaba Putnam, la experiencia posterapéutica de un cliente con TPM podría ser algo así como una corporación o una asociación. En la conferencia anual internacional sobre TPM y trastornos disociativos de Chicago, el segundo autor se vio particularmente impresionado por una terapeuta con TPM que habló en un taller sobre sus experiencias curativas. Afirmó que en ese momento se encontraba integrada, pero que todos los días meditaba y visualizaba a cada uno de los alter y les decía, "nunca os olvidaré, ni renunciaré a vosotros".

IMPLICACIONES CLÍNICAS

En términos generales, los clientes con numerosos problemas del yo comienzan el tratamiento mostrando durante la sesión conductas propias de alguien cauteloso, demasiado cortés, preocupado por la opinión del terapeuta acerca de ellos y no cuentan confidencialmente sus sentimientos, creencias, deseos, gustos o aversiones. Probablemente todas estas conductas sean CCR1, lo que indicaría una falta de control privado sobre los estímulos internos. Si el tratamiento tiene éxito, sus conductas durante la sesión se vuelven más íntimas y confiadas, y aparecen también las CCR2 consistentes en la libre comunicación de pensamientos, sentimientos, deseos y creencias.

Las conductas que se describen en el siguiente párrafo podrían constituir el prototipo de problemas genéricos del cliente y del ambiente terapéutico también genérico. Esta observación, junto con la creciente literatura sobre el desarrollo y tratamiento de los trastornos del yo, refleja probablemente la prevalencia de este tipo de problemas. Puesto que una de las causas principales de las dificultades del cliente es la falta de control privado, el tratamiento por parte de un terapeuta que sea acogedor, interesado y que estimule la "expresión o descarga de sentimientos", podría proporcionar las contingencias naturales para fortalecer el control privado. Este ambiente terapéutico general es el antídoto para un ambiente parental invalidante que falló al reforzar el control por parte de los estímulos privados. Además, nuestro modelo conductual ofrece algunas sugerencias específicas (que se exponen a continuación) que pueden mejorar la psicoterapia en general.

Reforzar el habla en ausencia de indicaciones externas específicas

Buena parte de la conducta de los clientes con problemas del yo se encuentra bajo el estrecho control estimular de otros. Parecen estar alerta y concentrados en el terapeuta, fijándose en cualquier matiz de la expresión facial o del tono de voz. Aunque no es muy evidente al principio, casi todo lo que estos clientes dicen sobre sí mismos, así como lo que piensan y lo que sienten, puede verse fuertemente influido por el control discriminativo del terapeuta. El procedimiento terapéutico que vamos a describir busca eliminar este control, para ello va a estimular y reforzar el habla del cliente en ausencia de indicaciones externas específicas. En otras palabras, el tratamiento consiste en fortalecer las CCR2 de los "yo X" bajo control privado, lo cual ayudará también a la emergencia final del control privado sobre el "yo".

Un modo de ayudar a los clientes a establecer este control privado es adoptar la actitud psicoanalítica de pasividad, no estructurar cada momento de la sesión con

preguntas. Esto aumentará, sin duda, las oportunidades de evocar CCR2 -respuestas "yo X" bajo control privado-. Pero, al menos en las primeras fases de la terapia, este tipo de estrategia puede ser problemática por dos razones. En primer lugar, porque puede evocar una fuerte CCR1 de evitación acompañada de fuertes respuestas emocionales, que finalmente hagan que el cliente abandone el tratamiento. Hemos tenido numerosos clientes que se quejaban amargamente del fracaso de sus tratamientos anteriores debido a la pasividad de sus ex-terapeutas.

En segundo lugar, es probable que esta táctica impida el reforzamiento de las CCR2 por parte del terapeuta, que es lo que debería ocurrir. Por ejemplo, el cliente podría decir: "no puedo soportar esto". Este tipo de afirmación es una respuesta "yo X" que el terapeuta debería reforzar y tomar en serio, mientras que si permanece pasivo no sería reforzante. Sin embargo, un terapeuta más o menos pasivo podría ser precisamente lo más indicado en una etapa posterior del tratamiento, después de que el cliente haya conseguido algunos progresos en cuanto al aumento del control privado de su repertorio de respuestas "yo X". En el otro extremo, un terapeuta muy activo que evite crear cualquier ansiedad al cliente, hará que éste se sienta y se desenvuelva bien durante la sesión, pero impedirá que ocurran las CCR2. La terapia ideal debería ser muy estructurada al principio, y gradualmente pasaría a ser cada vez más desestructurada a medida que progresa.

Para ilustrar este tema, permítasenos volver al caso de un cliente llamado Terry. Durante los primeros meses de terapia con el primer autor, Terry se centró fundamentalmente en su tratamiento médico y en la medicación que estaba tomando para controlar su sintomatología psicosomática. Cuando empecé a plantear preguntas más generales sobre su estado de ánimo o cualquier otro estado emocional, Terry se bloqueaba y se ponía ansioso. Al principio, quise ayudarle sugiriéndole alguna respuesta concreta basada en un estímulo público concreto. Por ejemplo, cuando aparecía un nuevo síntoma físico grave, parecido al que había tenido una persona que había muerto, yo sugería que Terry estaba sintiendo miedo, es decir, proporcionaba el estímulo público diciendo "miedo". Esto es muy parecido a lo que hacen los padres cuando enseñan a sus hijos los tactos sobre las emociones. Al principio del tratamiento le hice muchas sugerencias similares sobre sentimientos específicos para situaciones específicas. Gradualmente, durante los meses siguientes, reduje esta especificidad. En lugar de seguir sugiriéndole un sentimiento específico, le ofrecía varios para que eligiese (p.ej., dolor, miedo, enfado, decepción, irritación o frustración). En otras palabras, seguía estimulando una respuesta basada en estímulos públicos, pero la especificidad de los estímulos era más amplia. Terry tenía la seguridad de que no sería castigado por sus respuestas, puesto que se le estaba ofreciendo una respuesta "admisible", en el primer caso, y una "lista" de respuestas igualmente admisibles en el segundo. La idea general era ir reduciendo gradualmente esta situación para permitir que los estímulos privados fueran adquiriendo control.

Ajustar las tareas terapéuticas al nivel de control privado del repertorio del cliente

Para cambiar la proporción de control público sobre la conducta del cliente,

usamos como técnica una variante de la asociación libre. Del mismo modo que la estrategia de un terapeuta puede ir desde lo pasivo a lo altamente estructurado, la asociación libre puede presentarse también con más o menos estructura. Cuando se usa en la FAP, el propósito fundamental de esta técnica no es descubrir significados ocultos o hacer uso del contenido, aunque a veces sea relevante. En su lugar, es la propia conducta de asociar libremente la que reviste interés. En su variante más desestructurada, las instrucciones para la asociación libre son: "Diga cualquier cosa que se le venga a la mente -todos los pensamientos, sentimientos e imágenes-. Es importante no censurar nada. Cuente lo que se le ocurra, aunque le parezca que no es importante, que no tiene sentido, que es trivial, embarazoso o lo que sea." Se pide al cliente que siga haciéndolo sin feedback por parte del terapeuta; incluso se le puede pedir que se siente de forma que el terapeuta quede fuera de su campo visual.

Nuestra interpretación de esta tarea es que exige hablar a otra persona (al terapeuta) con un mínimo de claves externas procedentes del oyente. En estas circunstancias es posible que el cliente diga "yo siento X" o "yo veo tal imagen" bajo condiciones que favorecen el control de los estímulos privados. Como se ilustra en el caso que aparece más adelante, los clientes con problemas graves del yo se pondrían muy ansiosos y serían incapaces de realizar esta tarea dada la ausencia de estimulación pública. Pueden experimentar una auténtica "pérdida del yo" en ausencia de indicaciones por parte del terapeuta. Un fenómeno similar es el que se da cuando los terapeutas de conducta usan técnicas de relajación o meditación, y se encuentran con que los clientes se ponen muy ansiosos cuando la tarea es demasiado desestructurada. Por tanto, cuando en el curso de la FAP se usa la asociación libre, se utilizan con frecuencia variantes respecto del formato clásico desestructurado. Se usa una serie de tareas de libre asociación que implican un aumento progresivo del grado de control por parte de los estímulos privados. Las tareas iniciales son de completar frases y la asociación de palabras. A continuación, se van introduciendo tareas que impliquen la imaginación y la autoobservación de respuestas privadas.

Una variante más estructurada de la asociación libre es la tarea de "el cine de tu mente". Se les pide a los clientes que cierren los ojos e imaginen que están sentados en un cine. En primer lugar, se les instruye para que vean mentalmente la pantalla en negro. Entonces, cuando empieza la película, se conviene en que la primera escena consista en el cliente y el terapeuta sentados en el despacho tal como están en ese preciso momento. A continuación, la película va retrocediendo con el cliente andando hacia atrás, saliendo del despacho y metiéndose en su coche. Es entonces cuando se hace que la película vaya retrocediendo cada vez más rápido y más rápido, hasta desdibujarse. Se pide ahora al cliente que contemple esas imágenes borrosas, detenga repentinamente la película y describa la escena que aparece. Sería importante, por supuesto, reforzar cualquier respuesta "yo X", dado que, en estas circunstancias, es probable que se encuentre bajo cierto control privado. Hay una amplia variedad de técnicas basadas en la imaginación usadas en terapia gestalt, psicosíntesis e hipnoterapia que pueden adaptarse a la FAP.

Otra adaptación de la asociación libre implica el uso de un ordenador y un procesador de texto. Se le pide al cliente que escriba todo lo que le pase por la mente sin censurar nada. Una ventaja de este método es que permite moldear el proceso. Al principio, se le da al cliente la posibilidad de borrar todo o parte de lo escrito antes de que lo revise el terapeuta. Para reforzar el habla (o la escritura) en ausencia de estímulos públicos, el terapeuta revisa acríticamente el texto durante la sesión. Con el tiempo, se anima al cliente a borrar lo menos posible.

Vamos a ilustrar el principio de adaptación de las tareas terapéuticas al nivel de control privado del cliente, con el caso de Fred, un médico de 34 años. Se sentía frecuentemente agobiado por la ansiedad en las relaciones laborales o personales significativas, cuando se sentía criticado o rechazado. Cuando era criticado, o temía que le criticasen, desaparecía, disociaba y se desentendía de sus responsabilidades. Obviamente, esto le producía problemas en el trabajo, aunque él no era consciente de ser la causa de esos problemas. Además, Fred solía mantener las distancias y evitaba el contacto humano. Tuvo dificultad en saber cómo se sentía: esto es, carecía de respuestas "yo siento X" bajo control privado. Fred había sido diagnosticado como "alexitímico" (incapaz de expresar sentimientos) por un terapeuta anterior. No fue ninguna sorpresa que Fred recordase tanto a su padre como a su madre como personas frías, exigentes, temperamentales, negativas y nada afectuosas.

En una sesión con el primer autor, se propuso a Fred una variante de asociación libre con un tiempo limitado.

T: Lo que vamos a hacer es que te voy a pedir que cierres los ojos, y entonces todo lo que tienes que hacer es contarme todo tipo de imágenes, sentimientos, pensamientos o recuerdos que se te ocurran. Si ves algo con poca nitidez, di "veo algo poco claro." Habla continuamente sobre cualquier cosa que se te ocurra, incluso si no ocurre nada.
(Se está instigando al cliente a dar respuestas "yo X", asegurándole que cualquier respuesta es correcta)

C: De acuerdo. (Una pausa muy prolongada) Terrible (con media sonrisa).
(Fred no lo hace como se le pidió)

T: ¿Qué pasa?

C: No, no puedo (una larga pausa) Quiero decir, es que, o sea, no puedo centrarme, es verdaderamente desconcertante, ¿sabes?, deberías probar a hacerlo tú.

T: ¿Cuál fue tu experiencia?, cuando cerraste los ojos, ¿qué ocurrió?

C: Bueno, algo como, hmmm, nada, ¿sabes?, quiero decir...
(Está describiendo un acontecimiento privado -no ocurrió nada-)

T: ¿Total y absolutamente en blanco?
(Quizás esta no fue la mejor respuesta para reforzar una conducta bajo control privado)

C: Sí.

T: Vale, de acuerdo, está bien. En ese caso me gustaría que dijeras que no hay nada. También dijiste que era terrible, así que en algún momento tuviste un sentimiento de que era terrible, ¿cierto?
(Un intento por remediar el posible castigo a la respuesta anterior validando el informe de haberse quedado en blanco. Y al mismo tiempo una ayuda del "esto es terrible" basado en la presencia de un estímulo público -su afirmación "terrible"-)

C: Sí.

T: Bien, lo que debes hacer es decir algo así como "no veo nada", eso bastaría, y "me siento fatal", o "siento que esto es terrible porque debería ser capaz de ver algo." Fíjate, lo que te pido es que cuentes todo cuanto pase por tu mente, imagen o no imagen, lo que sientes, y lo que te dices a ti mismo sobre ello.
(Ayuda para "yo X ")

C: Creo que lo que pasa es que, uh, es que tengo que distanciarme un poco, quiero decir, aunque trate de hacer esto tengo problemas.
(Fred está indicando lo difícil que le resulta la tarea. Interpreté el comentario del distanciamiento como un tipo de respuesta de autoconciencia. Pero también lo entendí como un mando disfrazado para distanciarse a mí.)

T: ¿Encuentras problemas en distanciarte para contármelo?

C: Sí, eso es (pausa), ya sabes, ser un observador de esta situación.

T: Entonces, ¿cuando cierras los ojos es cuando sientes que tienes esta experiencia, y que no puedes distanciarte de esa situación?, ¿es eso lo que quieres decir?, ¿que no puedes observarte a ti mismo teniendo esa experiencia?

C: Exacto.

T: De acuerdo, ¿quieres hacerlo otra vez?. Se trata de mantener los ojos cerrados durante cinco minutos; yo no diré nada mientras tanto. Todo lo que tienes que hacer es experimentar lo que estas experimentando, y entonces tratar de decir lo que estás experimentando. Así que durante esos cinco minutos puedes estar en silencio, es como la situación de la que no puedes distanciarte. Puede que cinco minutos sea demasiado, digamos dos minutos. Vamos a hacerlo sólo dos minutos. ¿Te parece que hagamos un ensayo durante dos minutos?
(Reestructuración de la tarea. Una ventaja de ver la tarea como una serie de instrucciones orientadas a la evocación de respuestas controladas privadamente, es que el terapeuta puede modificarla sobre la marcha introduciendo los cambios que parezcan encaminarla mejor hacia el objetivo que se pretende.)

C: Bien, creo (pausa), creo que parte del problema que tengo es que intuitivamente, es que no quiero perder el contacto contigo.
(Este comentario revela lo importante que es para Fred tener un feedback por parte del otro para realizar una tarea que se pretende que esté bajo control privado. Adviértase también que se trata de una CCR3, una descripción importante y poco frecuente de las variables que controlan la evitación y la ansiedad de Fred)

T: Cuando pierdes el contacto conmigo, ¿te pones nervioso?.

C: Sí, creo que eso es justo lo peor. Al poco tiempo se va.

T: Tiene sentido. Tiene sentido para mí. ¿Y para ti?
(Tiene sentido para mí, como conductista radical que mantiene una teoría acerca de cómo unos padres anuladores afectan al control de la estimulación pública y privada)

C: No demasiado.
(Tras 5 minutos de conversación)

C: No entiendo lo que dices. Tiene sentido para ti, pero yo no estoy seguro de que lo tenga para mí.

T: Bien, tiene que ver con el hecho de que yo soy una persona significativa para ti. Y creo que eso muestra el miedo fundamental que sientes en las relaciones con otras personas. Creo que necesitas ver las reacciones de los demás, porque si tuvieses que confiar exclusivamente en las tuyas propias, no sabrías cómo interpretarlas y tendrías serios problemas.

(Estoy intentado dar una interpretación conductual que describa los estímulos discriminativos [*Ed*] problemáticos relacionados con otras personas significativas para él, la historia de reforzamiento que implica el castigo del control privado, y la evitación del castigo por estar bajo control público.)

C: Sí, creo que sí.

T: Eso es lo que me refería con que tiene sentido para mí. Pero sólo saberlo no creo que te vaya a ser de ayuda, creo que es algo muy inconsciente. Quiero decir que creo que es justo así como te sientes, y que tiene sentido porque refleja tu historia.

(En este caso estoy poniendo interpretación y "conocimiento" en su lugar, ayuda a favorecer la conducta gobernada por reglas, y a conocer la naturaleza del problema moldeado por las contingencias)

C: Estoy de acuerdo.

T: Pero yo vería bastante más importante que lo intentes y consigas superarlo (la necesidad de estar en contacto).

C: Sí. (pausa) Estoy intentado imaginar alguna manera de conseguirlo (superar esa necesidad). ¿Sabes?, creo que estoy empezando a ser más consciente de mis barreras. Más y más consciente de ellas. Y pienso que esta es una barrera bastante seria, bueno, pero algo me dice que tú ya tienes algo tramado o que tienes una solución.

(Fred está describiendo su aumento de conciencia sobre la experiencia privada de esas barreras. Esta barrera da una idea de la intensidad de los sentimientos generados por la ausencia de estímulos públicos.)

T: Sí, algo se me está ocurriendo, también.

C: Bien, podríamos hacerlo por partes, quizás aumentando el tiempo poco a poco, y si contara lo que fuese capaz de recordar, sin corregirlo después...

(He aquí una CCR2 consistente en sugerir una solución a una dificultad en lugar de disociar.)

T: De acuerdo. ¿Lo intentamos con 15 segundos?

C: Adelante.

T: OK, comienza. (Pausa de 15 segundos). Ha acabado el tiempo.

C: [*Entre dientes*] Definitivamente continúa estando ahí esa barrera, creo.

T: ¿Qué ocurría mientras tenías los ojos cerrados?

C: Que no tuve, quiero decir, otra vez en blanco, quiero decir, justamente, junto esa niebla, pero parece que hubiese algo moviéndose ahí dentro, hmm, puede que esta vez mi nivel de ansiedad no fuese tan alto.

(Esto es un informe "yo X", es el más elaborado que ha dado Fred hasta el momento acerca de las imágenes que experimenta.)

(Varios minutos más tarde)

T: Bueno, este proceso por el que acabamos de pasar en estos minutos no es algo a lo que estés acostumbrado. El proceso

fue el siguiente: yo esperaba demasiado de ti, te pusiste muy nervioso, hablamos sobre ese problema y surgió un enfoque diferente más acorde con tu verdadera situación. Y así es como conseguiste hacer mejor el ejercicio de imaginación. Este proceso no tiene nada que ver con lo que ocurría entre tu padre y tú. Ahora está más relacionado con lo que te ocurre en el trabajo. Si te piden que hagas algo y no puedes hacerlo, te bloqueas. (Siguiendo la Regla 5, hago una interpretación basada en acontecimientos reales. Se habla sobre la situación, la historia, la conducta y sus consecuencias, y se relacionan con la vida cotidiana.)

C: Es cierto. Me imagino, parece que hubiese logrado hoy un pequeño avance.

T: Muy bien, yo también lo creo.

En resumen, las tareas de asociación libre o de imaginación adoptadas de otras terapias deben modificarse en cuatro aspectos. En primer lugar, deberían presentarse al cliente como tareas cuyo valor depende del proceso (p.ej., imaginar y describir en presencia del terapeuta). Idealmente, debería decirse a los clientes, en términos cotidianos, que lo importante de la tarea es que probablemente evoque CCR2 bajo control privado. En segundo lugar, la tarea debería elegirse o modificarse de modo que el grado de control privado requerido se adapte al repertorio del cliente. Por ejemplo, el ejercicio de "la película" podría empezar sin imágenes en pantalla o durar menos tiempo. En tercer lugar, debería reforzarse al cliente por hacer afirmaciones "yo X". Si es necesario, también se le debería ayudar para que diga frases "yo X", como se ilustra en el caso de Fred. En cuarto lugar, el terapeuta debería no perder de vista que pueden evocarse CCR no relacionadas con los trastornos del yo, que a su vez suponen oportunidades terapéuticas. Por ejemplo, en el caso de Terry, la tarea de imaginación no sólo evocó CCR relacionadas con el yo, sino también otras relacionadas con su trabajo sobre la forma de enfrentarse con las tareas demasiado difíciles.

Reforzar tantas expresiones "yo X" del cliente como sea posible

Es sumamente importante tratar con respeto todas las ideas, intuiciones, teorías y creencias del cliente aunque difieran de las del terapeuta. Por respeto queremos decir que, mediante nuestras reacciones, debemos fortalecer la conducta del cliente, incluso si le hacemos saber que opinamos de otra manera. De forma ideal, la reacción del terapeuta debería ser positivamente reforzante, aunque refleje un punto de vista diferente del que mantiene el cliente. Son especialmente significativas las expresiones "yo X" del cliente que difieren de las nuestras, porque son precisamente estas conductas las que más probablemente se encuentren bajo control privado. La idea es reforzar tantas respuestas "yo X" como sea posible.

Como ya señalábamos anteriormente, si el problema del yo del cliente está relacionado con una falta de control privado sobre el "yo quiero", es crítico reforzar al máximo una respuesta de ese tipo si se produce. Una clave importante para sospechar que una afirmación "yo quiero" está bajo control privado (como opuesto a control público -p.ej., el control del terapeuta-) es la tendencia del terapeuta a rechazar esa demanda.

Por ejemplo, una cliente cuyo problema del yo consistía en no saber lo que quería ni tampoco decir lo que quería, pidió al primer autor que intentara la hipnosis para averiguar qué es lo que quería. Mi primera reacción fue contestarle que no y le di las razones por las que no usaba la hipnosis. Pero reparando en que mi tendencia al rechazo, ello podría significar que su "deseo" estuviese bajo control privado, de forma que mi siguiente reacción fue reconocer privadamente que su petición era una CCR2. Considerando esta petición como algo que *ella* quería realmente, entonces cambié de actitud y acepté hipnotizarla.

Puede verse otro ejemplo en el caso de una cliente que perdía su identidad cuando mantenía una relación intensa con un hombre. Igualmente desarrolló una estrecha relación con el primer autor y me habló sobre sus experiencias paranormales. Aunque yo personalmente no creía en esas cosas, reconocía su conducta como una CCR2, y me emocionaba verdaderamente oyéndola hablar sobre sus creencias.

Para los clientes que no saben cómo se sienten, puede ser importante que durante las primeras fases del tratamiento el hecho de que el terapeuta les ayude a hacerse una idea de cómo se sienten. Al hacer esto, el terapeuta proporciona una experiencia similar a lo que ocurre en la Etapa I. El terapeuta ayuda a construir los tactos de los sentimientos cuando responde a los estímulos públicos proporcionados por el cliente de la misma manera que lo harían los padres cuando enseñan al niño los tactos sobre sentimientos. Los indicios externos usados por el terapeuta pueden basarse en la apariencia física del cliente (p.ej., éste puede parecer tenso, cansado, nervioso o deprimido). Entonces, el terapeuta dice: "pareces cansado" o "deprimido" o cualquiera que sea el caso.

Otra clave externa es la naturaleza de la interacción terapéutica que acaba de ocurrir. Por ejemplo, un terapeuta que insiste en que el cliente hable sobre un acontecimiento desagradable, aunque el cliente no quiere hacerlo, podría afirmar que el cliente se siente "presionado", irritado o resentido debido a esa insistencia. Es entonces cuando el terapeuta podría estimular al cliente a decir "siento X". El riesgo de este método es que el terapeuta podría insistir demasiado, confiando demasiado en los estímulos públicos, y entonces impediría o interferiría con que el cliente aumentase su control privado. Aunque esta exposición se ha basado en los clientes que no saben cómo se sienten, pueden usarse procedimientos similares en las fases iniciales de la terapia con clientes que no saben lo que quieren, lo que creen o lo que saben.

Una coyuntura delicada es la que se presenta cuando un cliente cuyos problemas del yo suponen una escasez de respuestas "yo siento", pero dice: "siento que no te preocupas por mí." Este comentario del cliente no es inusual y debería tratarse como un caso de CCR2 (asumiendo que no se trata de un mando disfrazado de palabras tranquilizadoras). Es importante que el terapeuta tome en serio este comentario y no castigue una CCR2 tomándola como una *transferencia*, o interpretando que esta respuesta no se basa en nada de lo ocurrido en la sesión sino en lo ocurrido durante su infancia. En vez de ello, la respuesta más reforzante debería ser validar las razones del cliente para sentirse así. Además, es incumbencia del terapeuta el hecho de re-

visar cuidadosamente los acontecimientos ocurridos en la terapia en busca de algo que haya ocurrido y que apoye el comentario del cliente.

Por ejemplo, el terapeuta podría haberse distraído o preocupado por algo durante la sesión, o incluso podría haberse enfadado por algo que hiciera el cliente. No hace falta decir que validar el tacto del cliente no impide que el terapeuta enfatice en general su afecto por el cliente.

Una situación aún más difícil la encontramos cuando un cliente emite respuestas "yo X" contraproducentes, autodespreciativas, suicidas u homicidas. Nuestras sugerencias para vérselas con este tipo de afirmaciones revisten más relevancia para los clientes que están empezando a aumentar el control privado sobre sus afirmaciones "yo X", y mucho menos para los que se impliquen crónicamente en conductas destructivas:

1. *Contraproducentes*. Las conductas que suponen evitación suelen parecer contraproducentes al terapeuta. Por ejemplo, el segundo autor estaba supervisando un caso donde la cliente decía con lágrimas en los ojos: "No quiero hablar de la muerte de mi madre. Remueve viejas cosas y no me lleva a ninguna parte." Las respuestas apropiadas del terapeuta podría haber incluido el enfatizar que no tenía porqué hablar de ello, y explorar la situación más adelante: (a) "Parece que vas a llorar, como si estuvieses muy herida por dentro... ¿qué es lo que sientes?... ¿temes que si sigues hablando te eches a llorar?... ¿cómo te trataban tu padre y tu madre cuando llorabas de pequeña?" (b) "¿Qué quieres decir con remover viejas cosas?... ¿qué sucedió en ocasiones anteriores cuando hablaste de la muerte de tu madre?" (c) "Me encuentro en un conflicto, porque en realidad quiero respetar tus deseos de no hablar de la muerte de tu madre, pero al mismo tiempo no quiero ser cómplice de la evitación de tus sentimientos de dolor, porque creo que el evitar esos sentimientos está relacionado con tu evitación de las relaciones íntimas en general... ¿Qué crees que sería más útil para ti en este momento: forzarte a ti misma a hablar y sentir tus sentimientos sobre tu madre, o respetar tus sentimientos de no hablar sobre ella, aunque sabes que eso es lo que yo quiero?... ¿Cómo podríamos satisfacer al mismo tiempo tu deseo de no querer hablar ahora, lo cual es importante para el desarrollo de tu sentido de tu yo personal, y al mismo tiempo tu deseo de progresar en la terapia, en general sintiendo tus *sentimientos*?"

2. *Autodesprecio*. "Soy una puta y una guarra... me siento como una mierda... me asusta volverme esquizofrénica porque mi madre lo era." Estas son algunas de las afirmaciones que, en distintos momentos, hizo Ursula al segundo autor. Mi primera reacción en esas ocasiones era asegurarle que no era cierto, y en cada una de ellas Ursula se enfadaba conmigo porque se sentía invalidada por mí. Reconocía que, aunque eran importantes mis palabras tranquilizadoras, le impedía describir los sentimientos con los que estaba tomando contacto.

Me enseñó progresivamente a combinar mis expresiones tranquilizadoras con el darle la oportunidad de analizar sus sentimientos: "Obv*iamente*, tú no eres una guarra, pero háblame de tus sentimientos y pensamientos al respecto, antes de que

yo dijese que no creía que lo fueras". "La investigación sobre la esquizofrenia indica que si no la has desarrollado ya, es poco probable que la desarrolles en el futuro. Pero debe ser aterrador para ti vivir con ese miedo. Háblame sobre eso."

3. *Suicidio u homicidio.* Aunque oir detallar las fantasías suicidas y homicidas es algo muy aversivo para la mayoría de los terapeutas, no es extraño que los clientes con problemas del yo entren en contacto con este tipo de sentimientos, puesto que sus historias están repletas de necesidades insatisfechas. Es importante reforzar esta expresión de sentimientos, ayudando al cliente a contar su historia hasta que el terapeuta llegue a comprender por qué tiene sentido que el cliente se sienta así. Además, es importante que el terapeuta impida estas acciones peligrosas, no por un mandato judicial, sino para ayudar al cliente a separar los sentimientos de las acciones (es decir, la relación entre pensar en el suicidio, los sentimientos suicidas y realizar actos suicidas, es una relación conducta-conducta y una no lleva necesariamente a otra), y también para explorar en profundidad de las consecuencias de esa conducta suicida u homicida. Si las expresiones suicidas u homicidas son en realidad mandos disfrazados de tactos (es decir, si el cliente amenaza con suicidarse para conseguir más atención por parte del terapeuta), entonces el terapeuta debería enfrentarse y enseñar al cliente a pedir directamente lo que necesita, sin amenazar con conductas peligrosas.

En resumen, nuestro punto de vista sobre los problemas del yo se centra en el desarrollo temprano de la conducta moldeada por las contingencias. Si estas nociones son ciertas, producir cambios en el significado de conductas esenciales como "te quiero", "te odio", "estoy enfadado" o "necesito que me presten atención", parece que requeriría un ambiente de aprendizaje en el que puedan ser evocadas. De forma particular, la FAP resulta muy adecuada para esta tarea.

Capítulo VII. Psicoterapia Analítica Funcional: un puente entre el psicoanálisis y la terapia de conducta

Nuestra interpretación conductista radical de la psicoterapia nos lleva a la inesperada conclusión de que la relación psicoterapéutica es el eje central del proceso terapéutico. Decimos inesperada porque otros sitúan normalmente al conductismo radical en el extremo opuesto, aquél en el que el terapeuta niega o rebaja el valor de una relación terapéutica profunda y emocional. Carl Rogers, por ejemplo, comentó, "Para mí [el mundo de Skinner] destruiría a la persona tal y como yo he llegado a conocerla... mediante la relación... en los momentos más profundos de la psicoterapia" (1961, p. 391).

Incluso aquéllos que aceptan que el conductismo radical puede llegar a enfatizar la relación terapéutica, sostienen a menudo que la FAP añade poco a lo que ya se recomienda hacer en los distintos sistemas de terapia y preguntan, "entonces, ¿cuál es la gran aportación?" Tenemos dos respuestas a esta cuestión. Primera, estamos de acuerdo en que el interés de la FAP en la relación terapéutica está en consonancia con las tendencias actuales en el campo de la psicoterapia. De particular interés resulta el hecho de que el psicoanálisis y la FAP coincidan a este respecto, puesto que proceden de bases teóricas y filosóficas muy distintas. Estos aspectos comunes en el tratamiento entre ambas resultan fascinantes, ya que podrían estar señalando las variables universales especialmente importantes que producen el cambio terapéutico. Segunda, creemos que muchas de las características de la FAP son nuevas y diferentes. El punto de vista de la FAP acerca de la relación terapéutica y del proceso de cambio tiene implicaciones terapéuticas que la distinguen del psicoanálisis y de otros sistemas terapéuticos. En los párrafos siguientes señalaremos las semejanzas y diferencias entre la FAP y los enfoques psicodinámicos. Después compararemos la FAP con las terapias de conducta actuales, y veremos cómo establece un puente único entre sistemas terapéuticos tan divergentes como el psicoanálisis y la terapia de conducta.

LA FAP EN CONTRASTE CON LOS ENFOQUES PSICODINÁMICOS

El psicoanálisis es un sistema que evoluciona y que se presenta de muy diversas formas. Sus comparaciones con la FAP se limitan a las formas particulares que nosotros denominamos psicoanálisis y, por tanto, pueden no ser válidas para algunas otras modalidades. En la primera parte de nuestra discusión nos centraremos en la visión psicodinámica más tradicional

acerca de los tópicos de la transferencia y la alianza terapéutica. A continuación, veremos cómo las formas más recientes de psicoanálisis -el de las relaciones objetales- es más compatible con la FAP, aunque difieren de ésta significativamente debido a su fundamentación psicodinámica.

Transferencia

Para el psicoanalista, la *transferencia* es un componente importante de la relación cliente-terapeuta. La transferencia es relevante en esta discusión porque se refiere a la conducta del cliente dentro de la sesión. El concepto, sin embargo, es "teórica y técnicamente bastante burdo y ha requerido repetidas aclaraciones y reaclaraciones" (Paolino, 1981, p.91). Por tanto, examinaremos solamente algunos de sus significados centrales, dando primero su definición o descripción psicoanalítica para traducirla posteriormente al lenguaje cotidiano o a términos conductuales. Valoraremos entonces cómo podrían afectar las nociones psicoanalíticas de transferencia a lo que el psicoanalista hace durante la sesión; esto es, lo veremos como si se tratase de un caso de seguimiento de reglas. A su vez, nos preguntaremos cómo la conducta del psicoanalista genera la evocación y detección de CCR1, y también refuerza las mejorías o CCR2. Así, aunque el psicoanalista esté siguiendo unas reglas que no se basan en una teoría conductual, examinaremos las implicaciones clínicas de estas reglas en términos conductuales.

Freud describió la transferencia como una reacción del cliente hacia el terapeuta, pero no como si fuera el terapeuta propiamente, sino como si se tratara de alguna otra persona (importante) del pasado del cliente. Afirmó que esta "intensa relación emocional entre el [terapeuta] y el paciente", que se basa en el pasado, aparece en todos los análisis, y que, de hecho, "el análisis sin transferencia es imposible" (1925, p. 42).

La definición de Freud de la transferencia se parece mucho al concepto conductual de *generalización de estímulo* (también conocido como *transfer*), que sugiere la idea de que la conducta que aparece durante la hora de sesión está relacionada con el modo en que el cliente se comporta en sus relaciones significativas. Además, Freud consideraba esenciales para el tratamiento estas conductas dentro de la sesión, y también le daba mucha importancia a estas reacciones emocionales intensas que ocurren durante la sesión. Estas características podrían funcionar como una *regla* (ver Capítulo 5) que predispone al terapeuta analítico (1) a fijarse en las reacciones emocionales del cliente hacia él, que también ocurren con otras relaciones significativas, y (2) a estimular estas reacciones, puesto que son esenciales. Es probable que se produzcan efectos clínicos positivos, ya que las conductas producidas por (1) y (2) son muy similares a las producidas por las reglas 1 (fíjese en las CCR) y 2 (evoque CCR) de la FAP.

Antes de examinar otros significados y las posibles implicaciones clínicas negativas del concepto de transferencia, vamos a tratar con más detalle el concepto conductual de generalización. Desde el punto de vista conductual, toda nuestra conducta emitida frente a otra persona (el terapeuta o cualquier otro) se basa en nuestras experiencias anteriores de aprendizaje con esa persona y/o otras personas. En consecuencia, antes de haber tenido la oportunidad

de reforzar a un cliente por una respuesta en particular, el terapeuta ya constituye un estímulo con propiedades evocadoras que dependerán de su similaridad funcional con otras personas anteriores.

Por ejemplo, tras llegar tarde a la primera cita, un cliente podría anticipar las reacciones del terapeuta basándose en sus experiencias anteriores con personas similares. En un experimento ilustrativo de la similaridad funcional, Diven (1936) utilizó condicionamiento clásico con sujetos adultos utilizando como estímulos la palabra *establo* y un shock eléctrico. Cuando posteriormente probó la generalización o transfer presentando palabras no condicionadas con anterioridad, encontró que los sujetos mostraban respuestas electrodermales condicionadas a estímulos como "vaca" pero no a "tablón". La generalización, por tanto, se dio en una dimensión funcional (los establos y las vacas se encuentran en las granjas) y no en la dimensión física (la semejanza fonética entre "establo" y "tablón", en inglés "barn" y "yarn"). Del mismo modo, ese cliente en particular podría anticipar la reacción del terapeuta ante su tardanza sobre la base de experiencias pasadas al haber llegado tarde a otras citas con médicos (si la dimensión funcional es "alguien a quien acudes en busca de ayuda"), o bien figuras de autoridad (si la dimensión funcional es "personas que tienen un cargo") o bien padres negligentes (si la dimensión funcional se basa en "gente que no dedica tiempo suficiente y es poco responsable"). La generalización también puede basarse en una combinación de varias dimensiones funcionales.

Desde el punto de vista de la FAP, todo lo que un cliente hace (dice, siente, piensa, percibe, etc.) durante la sesión, son conductas aprendidas que ocurren debido a (1) la similaridad funcional entre los estímulos presentes durante la sesión y aquellos otros presentes durante aprendizajes anteriores, y a (2) las experiencias actuales habidas durante la terapia. Este concepto de conductas intra-sesión puede dar cuenta también del mismo fenómeno que los psicoanalistas denominan transferencia. No obstante, una de las diferencias importantes entre las concepciones conductual y psicoanalítica reside en las posibles implicaciones clínicas negativas del concepto de transferencia.

La definición de conducta problemática

El concepto de transferencia está repleto de una serie de características, además de la generalización de respuestas ante personas significativas. En una de sus formulaciones más restrictivas, Freud limitó la transferencia a aquellas conductas intra-sesión derivadas de ciertas experiencias "infantiles" ocurridas a lo largo del período edípico (Langs, 1976). Por ejemplo, la transferencia estrictamente referida a las clientes que demandaban amor o amistad por parte de sus terapeutas varones. Entender así la transferencia resultaría en una regla que lleva al terapeuta a prestar especial atención a la conducta de tipo edípico que aparezca durante la sesión. Si los problemas cotidianos de un cliente fuesen justamente de esa naturaleza, la sensibilidad del terapeuta hacia los temas edípicos haría que probablemente detectase CCR1, y por tanto podría tener efectos clínicos positivos. Por el contrario, si los problemas del cliente no tuviesen nada que ver con la etapa edípica podrían producirse efectos negativos, ya

que la atención del terapeuta sobre ese tipo de temas le impediría que detectase otro tipo de CCR.

Alexander y French (1946) definieron la transferencia de un modo más general como "cualquier repetición neurótica de ... conducta estereotipada, inapropiada basada en el pasado del cliente", y la diferenciaban de "las reacciones normales hacia el terapeuta y la situación terapéutica como una realidad" (pp. 72-73). Esta regla implica que el terapeuta debería fijarse en las conductas definidas como neuróticas o anormales. Históricamente, la definición de la anormalidad ha sido siempre una tarea difícil. De hecho, interpretar la anormalidad de una conducta con independencia de su contexto es casi imposible. De la misma forma, los términos *neurótica*, *estereotipada* e *inapropiada* requieren juicios arbitrarios -lo reconozca o no el terapeuta-. Por ejemplo, es obvio que no todas las conductas "estereotipadas" constituyen una transferencia (anormalidad). El cliente podría decir hola "estereotipadamente" al principio de cada sesión, y no es probable que un terapeuta interprete esto como una transferencia. Igualmente, debería ser el terapeuta quien aportara un contexto desde el que juzgar lo inapropiado o no de una conducta. Es posible, por ejemplo, que un terapeuta tuviese valores sexistas inconscientes que le hicieran considerar como neuróticos o inapropiados los deseos de una cliente de estudiar una carrera.

Desde el punto de vista de la FAP, incluir el criterio de anormalidad en la definición de transferencia produce una mezcla de efectos clínicos. Una definición tal podría servir como una regla que llevase al terapeuta a advertir la presencia de esas conductas problemáticas dentro de la sesión y que se incluyesen en la definición, lo cual a su vez podría tener efectos positivos si se diera el caso de que los problemas cotidianos del cliente coincidieran con los incluidos en la definición. El efecto negativo es que podría perderse la conducta relevante que no estuviese incluida en esa definición.

Incluso si se advierte la ocurrencia de una CCR, aparece un problema más serio que tiene que ver con el impacto de esa regla sobre los efectos reforzantes y aversivos de la respuesta del terapeuta sobre la CCR. Recordemos que advertir la ocurrencia de una CCR resulta muy útil, puesto que se supone que un terapeuta que esté pendiente, y sea consciente, de la conducta problemática del cliente durante la sesión, estimulará y reforzará de forma natural las mejorías en esa conducta. A veces, considerar la respuesta del cliente como transferencia podría interferir con el reforzamiento de esa mejoría. Por ejemplo, si en su historia un cliente ha sido compulsivo en su vida diaria, la repetida comprobación de su puntualidad a las citas podría ser calificada de neurótica, según esa definición de transferencia. Sin embargo, si el cliente ha sido siempre informal en sus compromisos, no cumple sus objetivos, y no le ha preocupado llegar a tiempo, el hecho de inquietarse por la puntualidad sería una mejoría. En este último caso, el terapeuta que dejase guiar por visión fija, no contextual, de lo que es no saludable, podría ofrecer una interpretación que castigase sin querer la mejoría. Puesto que las definiciones formales de la anormalidad ignoran el contexto, el terapeuta vería esa conducta como neurótica, inapropiada o estereotipada, y lo más probable es que su reacción natural tenga efectos punitivos aunque sin esa intención.

¿Real o no?

Para muchos psicoanalistas, la transferencia supone una distorsión de la realidad. Freud consideró una "ilusión" la reacción del cliente, ignorando así la "personalidad, conductas y papel que desempeña" el terapeuta (Langs, 1976, p. 27). Una posición menos extrema es la que ofrecen Alexander y French (1946), quienes afirmaron que antes de clasificar como transferencia una reacción del cliente, el analista debe descartar que se trate de una "reacción normal hacia el terapeuta y a la situación terapéutica como una realidad" (p. 72-73). Este significado de transferencia podría servir como una regla que dirigiese al analista a examinar su propia conducta "real" y la secuencia "real" de acontecimientos para determinar si la respuesta del cliente es "normal" o no. En efecto, esta situación lleva al terapeuta a atender a las variables presentes en la sesión que afectan a la conducta del cliente. Si entonces el terapeuta compartiese con el cliente sus observaciones, aunque esa confianza no forma parte habitual del proceso psicoanalítico, esa interacción podría ser beneficiosa porque, siguiendo la Regla 5, se trata de una descripción de relaciones funcionales.

Aunque la distinción real versus transferencia puede llevar al terapeuta a examinar su propia contribución a la respuesta del cliente, ello puede tener consecuencias clínicas negativas porque presupone una perspectiva única y estática de la realidad (la del terapeuta). Una visión de la realidad del tipo "yo tengo razón y tú estás equivocado", quizás no entrañe problema alguno cuando un cliente exprese extremas acusaciones, como que el terapeuta está secretamente compinchado con su jefe para matarlo. Sin embargo, la "verdadera" realidad no aparece tan clara en muchos de los comentarios más típicos de los clientes, como "no creo que se preocupe bastante por mí", "se aburre usted conmigo" o "la terapia es demasiado cara". Filosóficamente, hay razones para cuestionar la noción de verdad única e inmutable. Es muy posible que la realidad nunca pueda conocerse (que constituye la visión conductista radical discutida en el Capítulo 1). Incluso si hubiese sólo una única realidad "verdadera", no sería razonable presumir que el terapeuta siempre estuviese en lo cierto.

Clínicamente, nos preocupa el hecho de que un terapeuta que acepte la idea de transferencia como una realidad distorsionada, esté menos inclinado a considerar sinceramente la posibilidad de que la percepción de un cliente sea válida cuando difiera de la suya propia. Esto, a su vez, podría privar al cliente de una oportunidad para aprender a tratar y resolver una situación interpersonal en la que cada miembro de la díada tiene puntos de vista diferentes y razonables acerca del mundo. Del mismo modo, un cliente sumiso con un sentido débil del yo podría ser castigado por ser asertivo cuando su visión de la realidad sea diferente de la del terapeuta. Nos preocupan especialmente los casos en que la validación de las percepciones de un cliente puede ser esencial para su mejoría (ver Capítulo 6). Esa necesidad de validación podría verse limitada o impedida por esa noción de realidad distorsionada.

Igualmente, nos preocupa que la noción de realidad distorsionada refuerce inadvertidamente una postura autoritaria o rígida por parte de aquellos terapeutas que ini-

cialmente ya tienen estas inclinaciones. En relación con esto, los propios psicoanalistas han expresado su preocupación porque los terapeutas puedan usar el concepto de transferencia como "no real", para evitar implicarse sinceramente con su cliente (Greenson, 1972). La falta de compromiso auténtico con el cliente impide la evocación de CCR y la ocurrencia de reforzamiento natural, todo ello esencial para obtener beneficios terapéuticos en la FAP.

Los psicoanalistas también reconocen los problemas inherentes a la asunción de que la visión de la realidad del cliente sea una ilusión. Por ejemplo, Gill y Hoffman (1982) han propuesto recientemente un punto de vista diferente sobre la transferencia, que es más coherente con la posición de la FAP: "Creemos que la conducta del terapeuta propiamente dicha afecta poderosamente a la verdadera experiencia del cliente, incluyendo lo que habitualmente se denominan aspectos transferenciales de esa experiencia . . . por tanto, disentimos de aquéllos que enfatizan la distorsión de la realidad como lo distintivo de la transferencia" (p. 139). Así, pues, es más probable que los efectos que tenga el seguimiento de reglas, según el punto de vista de Gill y Hoffman, probablemente producirán conductas en el analista que se parezcan a la Regla 5 de la FAP.

Transferencia y conducta aprendida

Freud (1925) creía que la transferencia era automática y resultado de una motivación inherente. Esto ocurría en todos los casos (excepto si el cliente era psicótico) y sin la "mediación" del terapeuta (p. 42). Greenacre (1954) se hizo eco de esta idea y definió la transferencia como un "instinto social primitivo" omnipresente (p. 672). Esta teoría de la transferencia automática desvía la atención de las acciones del terapeuta que producen y mantienen las reacciones del cliente. Dicho brevemente, se descartan los papeles que desempeñan el aprendizaje, los estímulos presentes y el reforzamiento inmediato de la sesión terapéutica. Esta orientación que no tiene en cuenta el aprendizaje se refleja en muchas nociones psicoanalíticas. Por ejemplo, Langs (1982) describió el efecto de una comunicación distorsionada por parte del terapeuta como dar "a los pacientes una oportunidad para situar sus propias distorsiones sobre las del terapeuta, y por tanto para ocultar su propia enfermedad con la del terapeuta" (p. 136). Obviamente, es difícil reconceptualizar estas nociones en términos de aprendizaje.

A pesar de todo, creemos que los efectos de los estímulos presentes y del aprendizaje son tan irresistibles que deberían tener cabida dentro del psicoanálisis. Por ejemplo, Waterhouse y Strupp (1984) concibieron al terapeuta como un maestro que, durante el tratamiento, crea las condiciones que producen un cambio en el cliente. Stone (1982) escribió que "las mejores 'lecciones'... [ocurren] en la relación diádica terapéutica, esto es, durante la transferencia. Puesto que ésta ha sido presenciada por el terapeuta, la lección que se deriva de ello poseerá una frescura y una autenticidad que no siempre están presentes en el material procedente de la vida extra-terapéutica" (p. 271). Sin embargo, la posición psicoanalítica no expresa claramente qué es el aprendizaje, cómo tiene lugar, o su importancia relativa en relación con otros procesos. En el mejor de

los casos, no está claro si, cómo y cuándo. la conducta dentro de la sesión está sujeta a, o es el resultado del aprendizaje. En el peor de los casos, el papel del aprendizaje queda relegado a un plano menor o secundario. Esta confusión sobre el papel del aprendizaje hace que los conceptos psicoanalíticos generen reglas conflictivas.

Consideremos, por ejemplo, el comentario de Freud de que "es imposible destruir a alguien en ausencia o en efigie" (1912. p. 108). Presumiblemente, ese "alguien" a quien se refería Freud era el padre del cliente, que era el responsable de su conducta disfuncional. El resto de su comentario se refiere a la dificultad de cambiar esta conducta disfuncional en terapia, a menos que el padre volviese a estar presente en la reacción transferencial. De ahí se deriva la regla de que sería bueno que el cliente reaccionase ante terapeuta de la misma manera que ante su padre. Esta regla tendrá efectos positivos en función del grado en que genere CCR. Aún así, puesto que la regla carece de toda referencia a principios de aprendizaje, no proporciona demasiadas indicaciones al terapeuta analítico sobre cómo conseguir reacciones transferenciales. La asunción de la "transferencia automática" viene a decir al terapeuta que no tiene más que esperar a que ocurra esta conducta.

Aún peor, la ausencia de principios de aprendizaje favorece la práctica de otros procedimientos que pueden interferir con la consecución de transferencia. Un ejemplo es el principio de neutralidad que afirma que "el doctor debería ser opaco a sus clientes, y, como un espejo, no debería mostrar nada sino sólo reflejar lo que tiene delante" (Freud, 1912, p. 118). Searles (1959) también se manifestó en contra de las reacciones emocionales del terapeuta, describiéndolas como el intento por parte del terapeuta de volver loco a su cliente. La regla que ello implica es obvia -refleje, no reaccione emocionalmente y no haga auto-revelaciones-. Desde el punto de vista de la FAP, si ser opaco y no-reactivo hace que el terapeuta se parezca al padre, evocando así la conducta problemática del cliente, entonces puede ser positivo hacerlo así (siempre que no se corran los riesgos del reforzamiento arbitrario debido a una excesiva y deliberada alteración de la conducta del terapeuta, como discutíamos en el Capítulo 1). Sin embargo, basándonos en el concepto de generalización, es más probable que la CCR que incluya confianza, miedo, amor, odio, desacuerdo y demás, será más probable que sea evocada por un terapeuta reactivo y comprometido, y que esté dispuesto a hacer alguna autorevelación ocasionalmente. Por tanto, es más probable que se evoque CCR si el terapeuta presenta un amplio rango de estímulos interpersonales del tipo de los que suelen aparecer en las relaciones estrechas e importantes.

La confusión psicoanalítica en relación con el papel del aprendizaje puede interferir también en el proceso del reforzamiento. Por ejemplo, consideremos los efectos del principio de neutralidad sobre las actividades reforzadoras del terapeuta. Una reacción apagada por parte del terapeuta tiende a carecer de la emoción y la espontaneidad que frecuentemente funcionan como reforzadores en las relaciones íntimas. Desde el punto de vista conductual, esto podría ser antiterapéutico, ya que se considera que las reacciones naturales del terapeuta son el principal agente de cambio. Conforme a la

FAP, las reacciones del terapeuta deberían ser incluso amplificadas en determinadas ocasiones (como cuando el terapeuta tiene una reacción positiva hacia el cliente, pero demasiado tenue como para que la llegase a advertir), y en otras deberían ser atenuadas (ya que podrían resultar demasiado molestas).

En suma, nuestra posición es que la transferencia es una conducta operante que ocurre debido a la similaridad entre la situación presente (que incluye al terapeuta y la relación cliente-terapeuta) y aquellas experimentadas por el cliente en el pasado. Además, las reacciones del terapeuta son contingentes a las respuestas del cliente y tendrán efectos reforzantes. Finalmente, como una operante que es, no hay garantía de que el problema aparezca durante la sesión. Esta concepción de la FAP acerca de la transferencia tiene la ventaja de sugerir sus causas, su relación con los problemas cotidianos del cliente, y el modo en que se ve afectada por el proceso terapéutico.

La alianza terapéutica

Además de la transferencia, la *alianza terapéutica* se considera otro componente importante de la relación cliente-terapeuta. Esta alianza es importante porque se considera como saludable o "buena", al contrario que la transferencia que se considera neurótica o "mala". De una forma aproximada, la alianza terapéutica se corresponde con la CCR2, y la transferencia con la CCR1. Como es característico en todos los conceptos psicoanalíticos, hay numerosas y contradictorias formas de entender la alianza terapéutica. Nosotros examinaremos dos cuestiones centrales, ofreceremos una interpretación conductual y veremos cuáles son sus implicaciones clínicas.

Freud consideraba la alianza terapéutica como la principal fuerza motivadora durante el tratamiento. Representa los aspectos de "colaboración" de la relación terapéutica y es indiferenciable de la "transferencia positiva y no-sexual" (Paolino, 1981, p. 100). Suponemos que los referidos aspectos de colaboración abarcan conductas del cliente como acudir a la sesión incluso cuando no les apetece, hablar al terapeuta aunque les resulte difícil, y seguir las instrucciones del terapeuta aunque las considere discutibles. Además, al describir estas conductas como no-sexuales hace que se consideren normales o saludables. En efecto, el analista que mantenga este punto de vista seguirá una conducta gobernada por la regla de examinar cada reacción del cliente, para ver si es problemática (transferencia) o colaboradora (alianza), y estar pendiente de la "buena" y la "mala" conducta. Esto, a su vez, llevaría al analista a reaccionar de un modo natural ante las conductas clasificadas como alianza terapéutica, es decir de una forma reforzante y por tanto fortaleciéndolas. Consideramos que esto tendría un efecto positivo porque el terapeuta estaría respondiendo, al menos en algún grado, de la forma que indican las Reglas 1 (fíjese en la CCR) y 3 (refuerce la CCR2) de la FAP.

Sin embargo, podrían darse efectos negativos como consecuencia de la naturaleza no-contextual de la definición de alianza terapéutica. Por ejemplo, es concebible que, bajo determinadas circunstancias, el hecho de que un cliente llegue tarde a una sesión o se niegue a realizar una tarea de asociación libre podría considerarse una mejoría que debe ser reforzada. Ese podría ser el

caso de un cliente extremadamente pasivo o compulsivo, de forma que si el terapeuta interpreta su conducta poco colaboradora como problemática, porque no es una alianza terapéutica, podría castigar esa mejoría.

El segundo aspecto que caracteriza la alianza terapéutica se refiere a la capacidad del cliente para auto-observarse. Por ejemplo, el punto de vista de Sterba (1934) sobre la alianza terapéutica incluía una de dos partes del ego. Una parte (defensiva) está dominada por fuerzas instintivas y represivas que interfieren con la terapia, mientras que la otra parte (alianza terapéutica) es realista, busca la comprensión, el cambio psíquico y el crecimiento psicológico. De modo similar, Paolino (1981) describió una característica de la alianza terapéutica como "el acuerdo entre el cliente y el terapeuta para observar el funcionamiento psíquico del cliente y su conducta, en un intento de alcanzar una comprensión determinista de esa conducta" (p. 100). Estas nociones tienen como tema al cliente no sólo actuando, sino también manteniendo la distancia y observando sus acciones. Además, una vez que ha ocurrido esa auto-observación, el cliente puede describir lo ocurrido desde una perspectiva histórica. Por ejemplo, el cliente podría encolerizarse con el terapeuta por no contestarle a alguna cuestión, pero también podría observar y describir su cólera como un acto irracional basado en que su padre nunca contestaba a sus preguntas porque las consideraba estúpidas.

Esta segunda consideración de la alianza terapéutica podría funcionar como una regla que llevase al terapeuta a fijarse en, estimular, y reforzar de modo natural, las conductas del cliente de auto-observación y descripción de las causas de lo que observó en él mismo. Esa conducta por parte del cliente podría tener diversos efectos positivos; por ejemplo, distanciarse y observarse a sí mismo es parte de la CCR3. Como se describió en el Capítulo 2, la mejor CCR3 incluye la observación y la descripción de la propia conducta. Esta misma conducta participa en la formación de auto-reglas (Capítulo 5) y en el desarrollo del yo (Capítulo 6). Por tanto, la auto-observación y la descripción contribuyen a mejorar nuestra vida en muchos aspectos.

Sin embargo, es posible que se den efectos adversos como consecuencia de no considerar la auto-observación y la descripción como conductas aprendidas. Por ejemplo, si se ven como funciones del ego, la atención del analista podría desviarse hacia la movilización de los impulsos psíquicos involucrados en el fortalecimiento de las funciones del ego, en lugar de simplemente estimular y reforzar las conductas relevantes. En segundo lugar, separar completamente la alianza terapéutica de la transferencia es incompatible con la idea de que la conducta es contextual, y de que ambas se encuentran en el mismo continuo. Considerar la alianza y la transferencia como dicotómicas podría interferir con el proceso natural del moldeamiento. Por ejemplo, las siguientes cinco conductas se encuentran todas en el mismo continuo: (1) "En realidad me porté de forma irracional hacia ti cuando dije que te odiaba", (2) "Siento como si te odiase", (3) "Te odio", (4) "Grrr" (un sonido del odio), y (5) destrozar el mobiliario del terapeuta. La primera, por supuesto, podría considerarse una buena respuesta de alianza terapéutica. Sin embargo, para un cliente con una historia de actos violentos podría ser sólo la quinta conducta en su repertorio

y podría no haber alianza terapéutica. Desde el punto de vista de la FAP, la ocurrencia de cualquiera de las otras cuatro conductas podría considerase también un progreso.

Hasta ahora sólo hemos tratado dos componentes de la teoría psicoanalítica, la transferencia y la alianza terapéutica. Podemos resumir, aunque sea brevemente, otros aspectos de la terapia psicoanalítica tradicional: (1) se hace hincapié en un modelo motivacional en el que los impulsos instintivos y libidinales son nuestras principales fuerzas motivacionales; (2) el ello, el yo y el super-yo constituyen las estructuras principales de la psique humana; (3) se enfatiza la importancia del período edípico; el desarrollo psicológico óptimo está relacionado con los acontecimientos que tienen lugar en el quinto o sexto año de vida; (4) el padre ocupa un lugar central al producir el miedo a la castración en el niño y la envidia del pene en la niña, e influye poderosamente en si el niño supera satisfactoriamente o no el período edípico; y (5) la psicopatología se relaciona con las fijaciones psicosexuales y con la incapacidad para descargar adecuadamente las tensiones libidinales (Eagle, 1984). En lugar de discutir en este momento por qué la FAP no comparte estos supuestos, vamos a contrastarlos antes con los de la teoría de las relaciones objetales, y después compararemos esta última con la FAP. Finalmente, resumiremos en qué aspectos se diferencia la FAP tanto del psicoanálisis tradicional como de la teoría de las relaciones objetales.

Relaciones objetales

Los teóricos de las relaciones objetales (p.ej., Kernberg, 1976; Klein, 1952; Kohut, 1971; Mahler, 1952), aunque se siguen considerando así mismos como psicoanalistas, han propuesto una revisión radical de los aspectos más importantes de la teoría psicoanalítica tradicional, que exponemos a continuación. Las diferencias principales son que en la teoría de las relaciones objetales: (1) el interés se encuentra en un modelo relacional, donde las relaciones humanas se consideran la piedra angular de la existencia; entender cómo se internalizan las relaciones y cómo llegan a transformarse en un sentido del yo, clarifica qué es lo que motiva a la gente y cómo se ven a sí mismos; (2) los elementos de la psique son estructuras relacionales (esquemas representacionales que son la internalización de las relaciones); (3) subraya la importancia del período pre-edípico; se considera que los acontecimientos críticos que determinan la vida de las personas tienen lugar alrededor de los 5 ó 6 meses de edad; (4) la interacción con la madre se ve como un patrón para todas las relaciones posteriores debido a que esta relación inicial ocupa la mayor parte de la vida inicial del niño, y también porque está muy ligada a la gratificación y a la privación emocional; y (5) la psicopatología se centra en la detención del desarrollo del yo y en las anomalías en el proceso psicológico de división; puesto que el yo se construye de forma interpersonal, los trastornos mentales son equivalentes a los trastornos en las relaciones interpersonales (Cashdan, 1988).

He aquí el punto de vista de la FAP sobre estas cinco diferencias entre el psicoanálisis tradicional y la teoría de las relaciones objetales: (1) El giro desde los impulsos hacia los efectos de las relaciones es más compatible con la FAP, puesto que

las relaciones pueden traducirse más fácilmente en términos de control de estímulos y reforzamiento. (2) Aunque la FAP evita las explicaciones centradas en entidades no conductuales, lo cual es característico de todas las modalidades de psicoanálisis, el hecho de que la teoría de las relaciones objetales considere las estructuras como un efecto de experiencias relacionales, la hacen más asequible a una descripción en términos de factores externos, mucho más que las estructuras del ello, yo y super-yo. (3) El énfasis de la teoría de las relaciones objetales sobre el desarrollo de la conducta preverbal, podría relacionarse con los antecedentes necesarios para el desarrollo de la conducta verbal relacionada con el yo (ver Capítulo 6). Un análisis conductual más completo del yo incorporaría estas experiencias tempranas. Sin embargo, no existe el concepto de "etapa crítica" en la FAP, por lo que tanto la consideración tradicional como la de las relaciones objetales son incompatibles con la FAP a este respecto. (4) En la FAP no se da una importancia particular al padre o a la madre, y a lo largo del libro nos referimos genéricamente a cualquier persona cuidadora como "los padres". Lo importante es la naturaleza de las interacciones y las contingencias concretas.

No obstante, algunas características de la teoría de las relaciones objetales la hacen más compatible con la FAP. En primer lugar, las nociones de gratificación y privación son muy cercanas a los conceptos conductuales de reforzamiento y privación, y, por tanto, más fáciles de traducir en eventos ambientales. En segundo lugar, la gratificación y la privación son conceptos relativos a la motivación más abstractos que los de castración o envidia del pene, y por tanto más parecidos al de reforzamiento (un concepto muy abstracto de motivación). Finalmente, aunque no estamos de acuerdo con la conclusión de que la madre es siempre la más importante, el argumento de que el niño es moldeado por aquella persona que proporciona más contingencias, es consistente con la postura de la FAP. (5) El concepto de división de la teoría de las relaciones objetales (que ve al yo de alguien como adecuado en un momento e inadecuado en otro) se presenta como un proceso que permite más fácilmente su interpretación en términos de procesos conductuales (tales como ver o recordar bajo control discriminativo), que conceptos tales como la fijación psicosexual o la descarga de tensiones libidinales. Igualmente, el isomorfismo entre estados mentales e interpersonales dirige la atención hacia las variables externas que constituyen la relación interpersonal.

En vista de la mayor compatibilidad de los conceptos de las relaciones objetales con la FAP, podría anticiparse que también los procesos clínicos podrían ser más compatibles. Como era de esperar, la descripción de Cashdan (1988) de la terapia de las relaciones objetales muestra un notable parecido con la FAP:

> De las distintas relaciones que conforman la vida del paciente, la primera a considerar sería la relación que mantiene con el terapeuta. No sólo se da en un nivel fenomenológico del aquí y ahora, sino que contiene también muchos de los elementos críticos que operan en las relaciones del paciente con los otros. En consecuencia, la relación terapeuta-cliente se vería

> como una expresión *en vivo* de lo que hay de patológico en la vida del paciente. Si esto fuese así, sería razonable concluir que es la relación terapeuta-paciente la que contiene el mayor potencial para el cambio. Más que considerarla como un modo de producir insight, auto-conciencia u otro tipo de cambios "en el paciente", es la relación terapeuta-paciente *por sí misma* la que se constituiría el objetivo del cambio. (p. 28)

Pero a pesar de estas sorprendentes similitudes, la terapia de relaciones objetales de Cashdan presenta marcadas diferencias respecto de la FAP. Por ejemplo, su foco de interés se centra en el mecanismo psicológico de la *identificación proyectiva* del paciente, un patrón de conducta interpersonal en el que el paciente manipula a los demás para que se comporten o respondan de un modo en concreto. Las identificaciones proyectivas distorsionan y minan las relaciones habituales del paciente y representan "esfuerzos desadaptativos de compensar la balanza bondad-maldad de su mundo interno" (p. 56), que provienen de las relaciones objetales insatisfechas, que tienen por naturaleza una larga historia. Así, el individuo "proyecta inconscientemente una parte de sí-mismo en otro ser humano como medio para convertir un conflicto interno sobre su maldad e inaceptabilidad en un conflicto externo" (p. 57). Según Cashdan, las principales identificaciones proyectivas abarcan la dependencia (que induce a los demás a cuidarle), el poder (induciendo sentimientos de debilidad e incompetencia en los demás), la sexualidad (que induce un incremento de excitación) y la cordialidad (auto-sacrificio, que induce a los demás a ser agradecidos).

Ni que decir tiene que esta profusión de entidades mentales no es congruente con el enfoque de la FAP. Si nos fijamos en la identificación proyectiva de dependencia, nosotros veríamos el asunto del siguiente modo: (1) No se proyecta nada en nadie: el cliente actúa de un modo dependiente porque fue reforzado por hacerlo así en el pasado y probablemente fue castigado de niño por exhibir conductas más independientes. (2) No tiene lugar ninguna transformación del conflicto interno en otro externo; el conflicto interno es un efecto colateral derivado del hecho de que tanto las conductas dependientes como las independientes hayan sido castigadas en distintos momentos. (3) El ser una persona dependiente ha perdido mucho de su antiguo valor adaptativo; la dependencia constituye ahora una conducta de evitación que previene al cliente de tomar contacto con las contingencias más positivas asociadas al desarrollo de nuevas conductas (p.ej., ser asertivo, tener el control o tener la capacidad de negociar).

Lo más importante aún, en términos de sus implicaciones clínicas, es que creemos que resulta problemática la denominación de conductas específicas (p.ej., la dependencia, el poder, el sexo o la cordialidad) como identificaciones proyectivas. Existe un juicio *a priori* de que si el terapeuta responde a la conducta del cliente con sentimientos de cariño, incompetencia, activación sexual o gratitud, ello constituye un reflejo de la patología del cliente y, por tanto, es indeseable. Como ya hemos afirmado repetidas veces, las conductas no pueden juzgarse como problemáticas sin considerar el contexto más amplio; esto es, auque estas conductas del cliente pudieran ser problemáticas (CCR1), también es po-

sible que sean mejorías (CCR2) si se tiene en cuenta el repertorio habitual del cliente. Por ejemplo, si una cliente evitaba normalmente las relaciones porque tenía miedo de llegar a hacerse demasiado dependiente, entonces la aparición de una conducta de dependencia sería en realidad una CCR2, que debería ser reforzada en las etapas de la terapia. O bien si estamos de acuerdo en considerar la dependencia como una CCR1, entonces deberían moldearse y reforzarse las mejorías, en vez de castigarlas. Una mejoría podría ser que el cliente llamase al terapeuta sólo una o dos veces por semana en lugar de cuatro o cinco, o acortar sus largas conversaciones telefónicas a menos de 10 minutos. El modo en que la teoría de las relaciones objetales considera como patológica una conducta podría llevar a castigar las conductas de dependencia, que realmente constituyen una mejoría respecto a las anteriores.

En suma, aunque algunas características de la teoría de las relaciones objetales son más compatibles con el conductismo radical que con las del psicoanálisis tradicional, ambos enfoques comparten supuestos esenciales que los diferencian de la FAP. Estos supuestos son que (1) las estructuras mentales causan la conducta (adaptativa y desadaptativa), (2) nuestra personalidad básica se forma a lo largo de importantes interacciones con el padre o con la madre, durante períodos específicos y críticos del desarrollo, y (3) se les da *a priori* un estatus de patológicas a algunas conductas del cliente (p.ej., división, identificación proyectiva). Por el contrario, la FAP (1) se centra en los acontecimientos ambientales como causas últimas de la conducta, (2) mantiene que los acontecimientos importantes moldean nuestra conducta a lo largo de toda la vida, y (3) enfatiza el significado contextual de la conducta -la misma conducta puede ser patológica o adaptativa dependiendo del contexto en que ocurra-.

LA FAP EN CONTRASTE CON LAS TERAPIAS DE CONDUCTA ACTUALES

La FAP se diferencia fundamentalmente de otras terapias de conducta en el significado esencial que se le da a determinados aspectos de la relación terapéutica. Concretamente, la FAP subraya que la relación terapéutica es un ambiente que puede evocar y conseguir CCR de un modo inmediato. Raramente ha sido mencionado este aspecto por los terapeutas de conducta. Una excepción notable es el caso de Goldfried y Davison (1976), quienes señalaron que la conducta dentro de la sesión podría, en ocasiones, ser útil en el proceso de la terapia de conducta. También Golfried (1982) señaló la relación cliente-terapeuta como algo crucial para comprender la resistencia durante la terapia de conducta. Golfried también reconoció la importancia de la oportunidad terapéutica que se ofrece cuando los problemas del cliente aparecen durante la sesión, pues consideraba la resistencia como "una mezcla bendita en la que [ésta] interfiere con el curso de la terapia, pero que al mismo tiempo proporciona al terapeuta un ejemplo de primera mano sobre el problema del cliente" (p. 105). Pero a pesar de que estos autores reconociesen la ocurrencia de los problemas del cliente durante la sesión y su papel potencial en el tratamiento, también consideraron que este papel era relativamente poco importante

dentro de los métodos de la terapia de conducta. Además, parece que sus opiniones tuvieron poco impacto en este terreno. Por el contrario, cuando los terapeutas de conducta se refieren a la relación terapéutica y reconocen su importancia, hablan típicamente de "efectos inespecíficos", "el uso de una 'buena relación' como la base para conseguir la cooperación durante el tratamiento" o "el uso del valor del reforzamiento social del terapeuta para motivar o mantener los cambios en la vida diaria". Pero, tan importantes como son, no prestan una atención directa –como lo hace la FAP– a las conductas clínicamente relevantes que aparecen durante la sesión.

Esta diferencia en cuanto al centro de interés queda clara en la revisión que hace Sweet (1984) sobre los temas de la relación terapéutica a los que atienden los terapeutas de conducta, tales como el impacto de la relación terapéutica, la dedicación y el reforzamiento social del terapeuta. Ninguno de los estudios revisados mencionaba la importancia de las conductas problemáticas del cliente que ocurren durante la sesión. A veces estas conductas eran ignoradas, aún cuando hubiesen llamado la atención del terapeuta, como en el caso expuesto por Sweet. Describía cómo una cliente que se asustaba de sus progresos en el tratamiento, lo que se manifestaba –en parte– en sus reacciones negativas a los elogios del terapeuta (el reforzamiento social era el procedimiento terapéutico que se estaba empleando). El terapeuta usó la inundación para "superar este escollo". Al citar este caso como un ejemplo de superación de una dificultad técnica, "miedo al éxito" al hacer terapia, Sweet reparó en la importancia potencial del "miedo al éxito" en la relación terapéutica como la aparición de un problema que tenía un impacto significativo en otras áreas de la vida de la cliente. Sin embargo, no dio ninguna consideración a los beneficios potenciales que podría haber tenido para la cliente en su vida diaria el "superar una dificultad técnica".

La FAP se parece al entrenamiento en habilidades sociales en cuanto que enfatiza los repertorios interpersonales deficitarios como la causa de los problemas del cliente, y considera el tratamiento como un modo de remediar tales déficits. Sin embargo, las técnicas difieren notablemente en la forma de detectar ese déficit de habilidades y en el proceso para remediarlo. En la FAP, el terapeuta se orienta a la observación, durante la sesión, de los síntomas que se presentan y sus variables de control. El repertorio de cada cliente en particular determina los objetivos sobre el tipo y grado de mejoría conductual. Estas conductas objetivo podrían ser sutiles y difíciles de reconocer sin esa observación directa. Esto es lo que ocurrió, por ejemplo, en el caso de Agnes (una cliente mencionada anteriormente), cuya mejoría consistió en dar razones para abandonar la terapia antes de dejarla realmente. Y quizás lo más importante aún es que, en la FAP, una mejoría es un cambio conductual que se da bajo las condiciones estimulares que producen esos síntomas. De hecho, la equivalencia funcional entre la situación terapéutica y el ambiente natural es un prerrequisito de la FAP. Si la situación terapéutica no evoca los síntomas no puede ponerse en práctica la FAP. Por tanto, en el sistema de la FAP, tanto los síntomas como las mejorías se definen funcionalmente.

En contraste, el entrenamiento en habilidades sociales raramente incluye la

observación directa de los síntomas o de las condiciones que los provocan. Además, las habilidades se adquieren bajo condiciones obviamente distintas de las que producen los síntomas. La conducta adquirida mediante entrenamiento, modelado, role-playing o ensayo de conducta durante la sesión es funcionalmente diferente de la conducta que se supone que ocurre en la vida diaria, aunque puedan parecer las mismas. Ignorar los aspectos funcionales de la conducta es como ignorar la diferencia entre aprender de memoria los sonidos que componen una oración en francés y aprender los mismos sonidos comprendiendo su significado. Las oraciones pueden sonar exactamente igual para un oyente, pero funcionalmente son muy diferentes. Puede hallarse una alusión a este problema en una revisión de la literatura sobre generalización del entrenamiento en habilidades sociales efectuada por Scott, Himadi, y Keane (1983). Concluyeron que la falta de una generalización demostrable es la responsable de la limitada aceptación del entrenamiento en habilidades sociales como un tratamiento viable. Desde el punto de vista de la FAP, la falta de similaridad funcional entre el entrenamiento y el ambiente natural, que es lo típico en el entrenamiento en habilidades sociales, no ofrece garantías de que se transfiera la conducta entrenada, y en aquellos casos en que así ocurre se necesitaría explicar porqué.

A pesar de las diferencias, debe subrayarse que la FAP complementa y se solapa con otras terapias de conducta. Puesto que la terapia de conducta ha demostrado su efectividad, sigue siendo el tratamiento de elección para la intervención inicial en la mayoría de los casos. No obstante, aún no se han obtenido datos empíricos que apoyen la eficacia de la FAP. Sólo por esta razón tiene sentido intentar la terapia de conducta como primera intervención y completarla con la FAP, conforme la ocasión o la necesidad lo requiera.

La FAP se desarrolló en el contexto de la terapia de conducta al uso. Al principio se usó cuando la terapia de conducta parecía no tener efecto. Actualmente la usamos conjuntamente con la terapia de conducta desde el principio del tratamiento, y, en ocasiones, se convierte en la modalidad principal de terapia. La FAP se integra con facilidad en la terapia de conducta porque los métodos de la terapia de conducta evocan CCR. Por ejemplo, en terapia de conducta se asignan con frecuencia tareas para casa con instrucciones específicas. Para los clientes cuyos problemas incluyen excesiva obediencia, rebeldía, culpabilidad o ansiedad por no satisfacer las expectativas, estas tareas proporcionan una oportunidad para la FAP.

LA FAP: UN HUECO ÚNICO ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA TERAPIA DE CONDUCTA

Los métodos de la FAP se solapan con los del psicoanálisis y los de la terapia de conducta. Para ilustrar esta posición, consideremos el caso de Melissa, de 29 años, que estuvo en terapia con el segundo autor por depresiones recurrentes y problemas relativos a su "pobre autoestima". Su funcionamiento diario no iba bien y sentía como si se "ahogara". No sentía entusiasmo por la vida y admitía haber contemplado seriamente la posibilidad del suicidio. Se preocupaba por cuestiones como "¿soy útil?, ¿puedo perdonarme a mí misma?, ¿merezco realmente ser amada?". Nos dimos cuenta

de que nunca había tenido una relación íntima. Los tratamientos conductuales han evitado tradicionalmente estos problemas difíciles de definir y se los han dejado a los terapeutas de orientación psicodinámica. Con todo, ya hemos argumentado que este tipo de problemas son susceptibles de ser analizados conductualmente.

Muchos de los repertorios que había que moldear eran los que se necesitan en las relaciones íntimas. Además, muchas de las CCR1 de Melissa eran evocadas solamente por las relaciones de larga duración. Por tanto, también el tratamiento fue de larga duración -estuve viendo a Melissa durante más de 5 años-. La extensión del tratamiento fue similar a la de un psicoanálisis, pero con base conductual.

En nuestra opinión, el resultado fue excelente. Al cabo de los 5 años Melissa estaba comprometida en una relación y escribió lo siguiente acerca de la terapia: "Lo que [el terapeuta] me ayudó a hacer fue darme tiempo para curar mi dolor. Me escuchó, me consoló y me amó incondicionalmente. Y como consecuencia de haberme dado ese tiempo y dejar que me amara ahora tengo una vida llena de amor y esperanza, más allá de lo que nunca antes hubiera podido soñar". Estamos a favor de la evaluación rigurosa característica de los tratamientos conductuales, y ofrecemos la anterior evaluación del resultado como un método provisional. Sin embargo, al igual que el psicoanálisis, la FAP es un tratamiento largo y complejo que no se presta fácilmente a la evaluación tradicional de resultados.

Mi postura a lo largo de la terapia con Melissa fue la de ser una persona "real" con quien Melissa pudiera implicarse y luchar. Esto es, no oculté mis emociones, mis opiniones y mis valores tras una "pantalla oscura". Como consecuencia de ello, evoqué los problemas que tenía a la hora de establecer y mantener una relación íntima. Sin embargo, también ofrecí en terapia la oportunidad de que apareciesen y se reforzasen nuevas conductas. Lo que sigue son algunas de las interacciones concretas que muestran el proceso que llevó a la mejoría de Melissa:

Extracto 1

C: Siempre estoy nerviosa contigo. Te hablo de mi vida, de mis sentimientos, me siento desnuda. Cuando no hablo me siento a salvo. Cuando hablo no puedo predecir mi reacción ni la tuya. Me preocupa lo que tú puedas pensar (Esta es una CCR2 significativa, ya que Melissa raramente hablaba de sus sentimientos. Tanto el psicoanálisis como la FAP estimulan este tipo de auto-informes del cliente.)

T: Pues yo me siento más cerca de ti cuando me permites saber quién eres. (Estoy amplificando una respuesta privada que puede ser un potencial reforzador natural. Mientras que esto se considera generalmente como antiterapéutico por los psicoanalistas, y tampoco suelen hacerlo los terapeutas de conducta, es aconsejable según las reglas de la FAP.)

C: Nunca he notado antes que mis sentimientos estuviesen tan a flor de piel, nunca los he sentido de una manera tan clara. (La Regla 4 recomienda la observación de los efectos del reforzamiento. Esta respuesta parece reflejar un resultado inmediato de los efectos del reforzamiento proporcionado por la respuesta de la terapeuta.)

Extracto 2

T: ¿Qué te parece no verme durante 4 semanas? (Fijarse en los efectos que tiene que el terapeuta se vaya de vacaciones es algo habitual en FAP y en psicoanálisis. Aunque esto no lo hacen normalmente los terapeutas de conducta, la FAP ofrece un fundamento conductual para hacerlo en algunos casos.)

C: Duro, porque me siento atada a ti. Este es el sitio en el que puedo hablar, hacer o llorar como me plazca. El lado positivo de no verte durante un mes es que me da la oportunidad de practicar una mayor intimidad con la gente a la que quiero. (Esto es una CCR2, una respuesta importante tanto en FAP como en psicoanálisis).

T: Yo también voy a echarte de menos. (Esta respuesta se considera positiva en FAP, pero inaceptable normalmente en psicoanálisis.)

Extracto 3

C: He cortado casi con todo el mundo, a conciencia. Me estoy hundiendo y no quiero que ellos caigan conmigo. No quiero ser una carga.

T: ¿También te sientes así conmigo? (Como terapeuta de conducta podría haber desafiado la idea irracional de ser una carga y no haber preguntado por sus sentimientos hacia mí. Los psicoanalistas probablemente hubieran hecho lo mismo que yo. La FAP, a veces, hace ambas cosas.)

Extracto 4

T: Has llegado realmente a abrirte a mí, a ti misma y a otros. Has superado períodos suicidas, estás aprendiendo qué es lo que te hace entrar y salir de esos estados de ánimo, estás asumiendo más riesgos, aprendiendo a saber lo que quieres, lo que sientes y cómo expresarlo. Te has aclarado en relación con tu sexualidad... (Esta es una interpretación cuyas características son de interés tanto para psicoanalistas como para terapeutas de conducta. La comparación entre la conducta intra-sesión y la conducta de la vida cotidiana es característica del psicoanálisis. El énfasis sobre la relación funcional entre la conducta y el estado de ánimo en la vida diaria es más característico de la terapia de conducta. Las interpretaciones de la FAP contienen elementos de ambas.)

T: ¿Qué estás sintiendo ahora mismo?

C: Nada. [con *gesto de burla*]

T: Eso es como si me dieras una bofetada, ya sabes. (Este comentario es una contingencia intra-sesión que bloquea su evitación. Los psicoanalistas hubieran advertido esta conducta, pero probablemente no hubiesen bloqueado la evitación usando una afirmación personal)

C: ¿Por qué?

T: Te he estado diciendo lo que pienso, tú debes haber tenido alguna reacción, pero dices "nada" con gesto de burla, y yo no sé qué es lo que está pasando. (Si bien atiendo a la conducta intra-sesión, tal y como sugiere el psicoanálisis, la interpretación se basa en los principios conductuales.)

C: Vuelvo en un momento... (Se va y vuelve.) Me encerré en mí misma, estaba verdaderamente aterrorizada. Lo más grande de este año ha sido cómo te he dejado que entres en mi vida. Nunca me he sentido antes tan apoyada por nadie,

en un nivel tan profundo y tan constante. Y me da miedo decírtelo. (Adviértase que esto es una CCR2.)

T: Me siento más cerca de ti cuando me hablas de cosas que te dan miedo. (De nuevo, esto es una amplificación de una respuesta personal que sirve como reforzador natural.)

Otros tipos de intervención que puse en práctica fueron el ayudar directamente a Melissa en su búsqueda de empleo revisando su currículum, sus solicitudes de trabajo, haciendo role-playing de entrevistas, y enseñándole técnicas de relajación para ayudarle con la ansiedad que le pudieran suscitar. Todas estas actividades son típicas de los terapeutas de conducta, pero no de los psicoanalistas. La FAP proporciona unas razones sobre cómo y cuándo es apropiado el enfoque de la terapia de conducta, así como cuándo puede ser más efectiva la pasividad psicoanalítica.

En suma, esperamos que la FAP pueda manejar esta encrucijada e incluir los mejores aspectos del psicoanálisis y de la terapia de conducta. Messer (1983, 1986) discutió ya los beneficios e inconvenientes de la integración de los enfoques conductual y psicoanalítico. Para algunos, las dificultades están en los compromisos necesarios para integrar la precisión científica, la parsimonia y la búsqueda de mejoras de la terapia de conducta, al mismo tiempo que la exploración abierta y la comprensión de las cogniciones, la conducta y la afectividad del psicoanálisis. Parece que con un mayor desarrollo, la FAP puede ofrecer un modo de integración que minimice estos compromisos.

CAPÍTULO VIII. Reflexiones sobre cuestiones éticas, supervisión, investigación y cultura

En este último capítulo trataremos diversas cuestiones éticas implicadas en el uso de la psicoterapia analítica funcional (FAP). Pasaremos luego a exponer cómo pueden aplicarse los principios de la FAP al proceso de supervisión. A continuación volveremos sobre la pregunta crucial de "¿dónde están los datos?" y expondremos nuestras ideas poco convencionales sobre cómo hacer para recopilarlos. Finalmente, para ser realmente diferentes, trataremos temas tan poco habituales como el de la comida rápida o la espiritualidad, y cómo pueden ampliarse los principios que subyacen a la FAP para manejar los problemas a los que se enfrenta nuestra cultura en general.

CUESTIONES ÉTICAS

Códigos como *Principios éticos para psicólogos* (APA, 1981) y libros como *Ética en psicología* (Keith-Spiegel y Kocher, 1985) ofrecen normas profesionales que pretenden orientar al clínico hacia un comportamiento ético. Para ampliar estas guías (reglas) hemos seleccionado una serie de temas para discutirlas en detalle.

Sin embargo, antes de hacerlo, hemos de decir algunas palabras sobre la perspectiva conductual de la ética basadándonos, en parte, en los escritos de Zuriff (1987) y Skinner (1974). Un acontecimiento dado puede servir como reforzador para (1) la conducta del cliente, (2) la conducta del terapeuta, (3) el bienestar de los miembros de un grupo profesional, (4) el bienestar de los miembros de la sociedad completa, y (5) la supervivencia de la cultura. Los problemas éticos aparecen cuando los reforzadores a largo plazo son positivos para uno o más de estos cinco grupos, pero no para todos. Más adelante, en el apartado sobre los problemas culturales, trataremos del conflicto existente entre el reforzamiento individual y la supervivencia de la cultura. Aunque no las discutimos aquí, algunos de los consejos éticos de la APA y de Keith-Spiegel y Kucher, tienen que ver con el conflicto de contingencias que se da entre el terapeuta individual y su grupo profesional. De hecho, la definición de ética de Keith-Spiegel y Kucher, un conjunto de reglas para comportarse, esenciales para "mantener la integridad y la cohesión de una profesión" (1985, p.xiii), enfatiza la importancia de los reforzadores para el grupo profesional en general. Nosotros, sin embargo, creemos que las contingencias que entran en conflicto entre terapeutas y clientes son la fuente más importante de problemas éticos. Por ello, nos hemos centrado en este apartado sobre esos temas y sobre lo discutido acerca

del reforzamiento arbitrario en el Capítulo 1 y en la Regla 3 del Capítulo 3.

Puesto que los clientes suelen acudir a nosotros con dolor y necesitados de alivio y orientación, son particularmente susceptibles a la influencia del terapeuta. Los psicoterapeutas están en una posición de ayuda en la que pueden producir grandes cambios en esos momentos tan delicados de la vida de sus clientes, pero, precisamente por ello, también existe un gran potencial para ocasionar graves daños. Los temas que tratamos son relevantes para los terapeutas de cualquier orientación, pero especialmente para la FAP dada la potencia de sus procedimientos. Hablaremos de algunas precauciones que tratan de minimizar la posibilidad de que la FAP sea mal usada para abusar o explotar a los clientes.

Proceder con cautela

Las variables de control que ocurren durante la sesión de terapia pueden ser muy poderosas. Los procedimientos de la FAP tienden a evocar reacciones emocionales intensas y efectos reforzantes que están asociados con las relaciones íntimas. Debido a esto, la FAP puede ser muy beneficiosa para el cliente porque afecta a repertorios muy extensos. Por ejemplo, durante la FAP, un cliente podría aprender, por primera vez en su vida, a confiar en otro ser humano. Sin embargo, estas mismas variables de control dentro de la sesión pueden ser extremadamente aversivas y producir efectos perjudiciales para el cliente, tales como fuertes sentimientos negativos y repertorios de evitación y escape asociados a ellos. Así, el cliente podría abandonar la terapia y convertirse en un ermitaño porque "le ha defraudado quien le tenía que ayudar", que ocurre cuando una persona en la que confiaba le ha provocado evitación, escape y dolor.

Puesto que es frecuente que la CCR1 sea una conducta controlada de forma aversiva, a menudo es necesario que haya presente algún grado de aversividad para (1) evocar la CCR que requiere la FAP y (2) bloquear la evitación resultante. Aunque una aversividad demasiado baja impide el progreso porque la evitación del cliente sigue siendo reforzada en la sesión, sin embargo demasiada aversividad puede abrumar e inmovilizar. Los clientes cuya conducta se ve frecuentemente interrumpida por las reacciones a estímulos aversivos deberían ser sometidos con precaución a los procedimientos de la FAP. Consideremos, por ejemplo, el caso de un cliente que es extremadamente sensible a la crítica. En una ocasión se vio emocionalmente deshecho y faltó varios días al trabajo porque un compañero lo criticó por un pequeño error. Al principio, con este cliente se usaría la FAP con moderación porque centrarse en su conducta dentro de la sesión podría llevar a alguna crítica, lo que a su vez le resultaría angustioso si ocurriese aquí y ahora. En general, es buena idea empezar el tratamiento centrándose en los problemas que se dan fuera de la sesión y usar los procedimientos de otras terapias antes de hacer nada en relación con las CCR, es decir, antes de centrarse en la relación terapeuta-cliente. Esta forma de proceder ayudará a facilitar la marcha del tratamiento y a dar tanto al cliente como al terapeuta una oportunidad para establecer un método de trabajo conjunto sin las complicaciones que suponen las disruptivas reacciones emocionales. Proceder con precaución también significa que calificar

como CCR una conducta intra-sesión es una hipótesis que hay que explorar, que se ha de demostrar su verdadera relevancia clínica, no asumirla sin más.

Evitar la explotación sexual

Dado que el centrarse en la conducta que ocurre durante la sesión intensifica los sentimientos entre el cliente y el terapeuta, puede darse una atracción sexual entre ambas personas. Aunque la discusión sobre tales sentimientos puede ofrecer oportunidades para el progreso terapéutico, comportarse en correspondencia con ellos es antiterapéutico y nada ético. Algo parecido es lo que ocurre cuando un cliente tiene problemas sexuales. Un terapeuta ingenuo o uno aprovechado podría argumentar que, de acuerdo con los principios de la FAP, la mejor intervención podría ser tener relaciones sexuales con el cliente puesto que las conductas clínicamente relevantes sólo aparecerán en una relación sexual. En su lugar, en una situación de este tipo, la terapia sexual con el cliente y su pareja sería la mejor forma de intervención. Puesto que el sexo entre el cliente y el terapeuta se verá reforzado arbitrariamente por el terapeuta, el cliente tarde o temprano se sentirá explotado y traicionado. Esto se está confirmando por el creciente número de pleitos por malas prácticas iniciados a instancia de los clientes contra los terapeutas que han tenido relaciones sexuales con ellos.

No continuar un tratamiento que no resulta beneficioso

La noción básica de la FAP de que la CCR ocurre en el seno de la relación terapéutica podría derivar en la continuación de un tratamiento nada beneficioso. Por ejemplo, un cliente cuyos problemas están relacionados con su incapacidad para abandonar las relaciones destructivas podría mostrar también una conducta similar a lo largo de una terapia ineficaz. Por tanto, un cliente podría permanecer en terapia aún cuando lo mejor sería dar por finalizado el tratamiento o remitirlo a otro terapeuta. Además, el papel del terapeuta como figura de experto/autoridad disminuye la probabilidad de que el cliente tome la iniciativa de abandonar, particularmente cuando se le ha desaconsejado dejar el tratamiento prematuramente.

Ser consciente de los valores autoritarios y prejuicios

Dados sus fundamentos conductistas radicales, la FAP no tiene supuestos sexistas, racistas o discriminatorios de ningún tipo; concretamente, no hay modelos de cómo debería ser una persona saludable o qué tipos de conductas objetivo debería tener en su repertorio. Lo que se favorecen son los repertorios reforzados positivamente y la eliminación del control aversivo. No hay, por tanto, ninguna base teórica para decidir qué conductas específicas deberían estar en el repertorio de una persona en función de su raza, género, orientación sexual, edad, discapacidades físicas o pertenencia a cualquier otro grupo. La teoría es neutral respecto de estos temas.

Sin embargo, el terapeuta, como miembro de una cultura que mantiene formas sutiles, y a veces no tan sutiles, de prejuicio y discriminación, puede tener valores congruentes con esa cultura. Los valores

se refieren a los reforzadores de una persona; esto significa que un terapeuta sexista o racista continuará reforzando aquellas conductas del cliente que ya han sido moldeadas por una cultura sexista o racista. Nosotros creemos que el efecto más perjudicial del autoritarismo es la limitación en el acceso a los reforzadores. Por ejemplo, una mujer que ha aprendido a decir siempre que sí como consecuencia de un aprendizaje sexista, no tendrá acceso a los reforzadores que requieren asertividad. Del mismo modo, un hombre que ha sido castigado por mostrar sus sentimientos y que por tanto evita las situaciones que pueden evocárselos, no tendrá acceso a los reforzadores naturales de una relación íntima que requiere la expresión de sentimientos. Ni que decir tiene que el acceso al reforzamiento se ve limitado cuando las oportunidades educativas, de empleo o de relación se ven mermadas por razones de raza, género o pertenencia a algún grupo minoritario. En consecuencia, un terapeuta que refuerce de un modo sexista o racista interferiría con los repertorios que podrían aumentar el reforzamiento positivo a largo plazo, y por tanto comprometería los objetivos de la FAP. Este problema se complica por el hecho de que estas tendencias pueden ser sutiles y no observables por el terapeuta. Como una precaución contra estos sesgos, podría resultar útil disponer de sesiones grabadas en vídeo que sean analizadas por personas sensibles a esos temas.

Evitar la tiranía emocional

Tiranía emocional es el término utilizado por Jeffrey Masson (1988) para referirse a los abusos de poder de los psicoterapeutas en detrimento de sus clientes. Según Masson, el abuso se fragua dentro de la verdadera empresa de la psicoterapia como consecuencia de la desigualdad de poder entre el terapeuta y el cliente. El poder del terapeuta abarca la estructura de la sesión terapéutica, su duración, su frecuencia, la decisión respecto a qué conductas son o no admisibles durante las sesiones y el importe de la terapia. Masson también dudaba del valor de una relación terapéutica basada en el calor, la atención y la preocupación del terapeuta, puesto que estas cualidades sólo es posible que se presenten en una persona que se encuentre en una relación igualitaria. Masson concluía (p. 251) que la psicoterapia es "una profesión que depende para su existencia de la miseria de otras personas", siendo, por su propia naturaleza, reprochable y corrupta.

Los abusos mentales, emocionales, físicos y sexuales cometidos dentro de la profesión y documentados por Masson son espantosos y dan mucho que pensar. Sus acusaciones a la profesión de corrupta y reprochable exigen un riguroso auto-examen por parte de los clínicos. Vamos a explorar algunos de los principales argumentos de esta crítica, nos referiremos a la visión que mantiene la FAP respecto de la tiranía emocional y propondremos modos de limitar el abuso de poder en nuestra profesión.

En primer lugar, la cuestión de si los efectos del abuso se compensan con los beneficios de la terapia, es un valor social. La respuesta a esto debe basarse ampliamente en los hallazgos empíricos relativos al número y severidad de los efectos negativos en comparación con el número y calidad de los efectos positivos. Y, dicho sea de paso, parece que la tendencia de Masson compro-

mete su propia evaluación de esta cuestión empírica. Por ejemplo, usó los informes de un paciente individual como evidencia de los abusos, mientras que, al mismo tiempo, calificaba de mito el informe de ese paciente que apoyaba el valor de la terapia ("estaría muerto sin su ayuda" [p. 241]).

En segundo lugar, Masson suponía que una relación "auténtica" sólo puede darse cuando es de igualdad. Esta exigencia de relación auténtica nos parece demasiado restrictiva. En el mundo real, las relaciones reales son de igualdad en algunos aspectos y de desigualdad en otros. Desde el punto de vista de la FAP, la autenticidad de la relación se define funcionalmente. Si evoca sentimientos genuinos como la ira, amor o terror, entonces decimos que ha ocurrido algo "real". No es necesario que se dé una igualdad a lo largo de diferentes dimensiones como condición necesaria para que ocurra algo real.

En tercer lugar, y en relación con el desequilibrio de poder, consideramos que no podemos decir que éste sea terapéuticamente bueno, malo o neutro sin conocer el contexto. Si un desequilibrio de poder es bueno o no, depende de la naturaleza del problema del cliente y de las respuestas contingentes del terapeuta. Si el problema del cliente es evocado por una diferencia de poder, entonces esta diferencia de poder en terapia puede ser una condición necesaria (pero no suficiente) para el éxito del tratamiento. Consideremos, por ejemplo, el caso de un cliente que ha sido incapaz de hacerse valer y se ha visto perjudicado por personas que tienen poder sobre él (como jefes, la policía, editores, profesores o Hacienda). Puesto que ha sido incapaz de aprender nuevas formas de relacionarse con las autoridades en su ambiente natural, la terapia puede proporcionar una oportunidad ideal de aprendizaje de estas habilidades, ya que la diferencia de poder se parece a la del ambiente natural. En el contexto terapéutico puede fortalecerse la asertividad y la independencia del cliente si el terapeuta estuviese reforzado por esas mejorías. Sin embargo, si el terapeuta no hace esto y, en su lugar, refuerza la falta de poder del cliente, entonces podemos decir que se ha dado abuso.

Desde el punto de vista de la FAP, el principal abuso que se puede dar en terapia aparece cuando las acciones del terapeuta están controladas por reforzadores que no sean el progreso del cliente. Por ejemplo, en la práctica privada, los ingresos del terapeuta son contingentes con el mantenimiento del cliente en terapia, lo que, a su vez, puede ser antiterapéutico. Sin embargo, más problemático que el tema monetario son otros posibles reforzadores del terapeuta, tales como la subordinación, la admiración, la cortesía, el flirteo, la masculinidad, la feminidad, etc., del cliente. Pero que estos reforzadores puedan ser responsables de la conducta del terapeuta no significa que lo sean. Con todo, el problema es difícil de resolver.

Puesto que el abuso es posible, parece recomendable la monitorización del proceso de terapia por medio de compañeros y supervisores, utilizando grabaciones de vídeo y de audio que permitan prevenir dicho abuso. Tal monitorización, naturalmente, está sujeta al consentimiento del propio cliente. Además, debe hallarse el modo de asegurar que los terapeutas en ejercicio: (1) estén bien entrenados, sean clínicamente conscientes y sensibles; (2) tengan en su

propio repertorio las conductas que se les van a pedir a los clientes; y (3) sean el tipo de persona que se vea reforzada por las mejorías del cliente y no por otro tipo de reforzadores que pudieran ser anti-terapéuticos. La supervisión de la FAP (tratada más adelante) aplica los propios principios de la FAP para la relación de supervisión, y puede ayudar a asegurar la adecuación de los terapeutas al ejercicio de esta terapia.

SUPERVISIÓN EN LA FAP

El supervisor de la FAP explica primeramente las reglas de la terapia de un modo didáctico, de manera similar a como se hace en este libro. A continuación, ayuda a poner en práctica estas reglas viendo las sesiones de terapia y ofreciendo interpretaciones de FAP acerca de la interacción terapeuta-cliente. El método preferido para la realización de este trabajo es a través de un espejo unidireccional, aunque también se usan las grabaciones de vídeo y de audio. Sin embargo, la efectividad de la supervisión de la FAP se aumenta considerablemente si la CCR relacionada con la relación terapeuta-cliente puede trasladarse a la relación supervisor-supervisado.

Por ejemplo, el segundo autor estaba supervisando a un estudiante graduado cuyo cliente tenía problemas de autoconcepto y en la expresión de sentimientos, cuando tuvieron lugar las siguientes interacciones de supervisión:

Supervisor: Me encuentro muy a gusto trabajando contigo. Creo que eres muy especial y tengo una sensación de familiaridad y confort que no suelo tener con quien no conozco muy bien.

Supervisado: Yo también estoy muy contento. Me fui de nuestro anterior encuentro con una agradable sensación de bienestar, y quería recrearla y mantenerla tanto tiempo como pudiera. Estuve diciéndoles a mis amigos que esta es la manera en que debiera funcionar la escuela para graduados.

(Varios meses después)

Supervisor: ¿Cuáles son las similitudes y las diferencias entre nuestra relación y la que mantienes con tu cliente?

Supervisado: Tanto ella como yo somos reservados, y seguimos trabajando en el presente. Las diferencias son que mi relación con ella parece más cohibida. Estoy seguro de mí, pero creo que ella está más cohibida, ocurre igual por su parte. Me doy a la gente bastante fácilmente. Necesito seguir siendo yo, ser más constante. Contigo tengo una gran intimidad, pero no sé qué hacer al respecto.

Supervisor: A mí me pasa lo mismo, y que no creo que tengamos que hacer nada respecto de nuestros sentimientos de intimidad. Yo tiendo a involucrarme intensamente en las relaciones de una forma muy rápida, así que me gustaría sentarme tranquilamente y sentir esta cercanía entre nosotros, disfrutarla, hablar de ella y ver qué pasa con el tiempo.

Estas interacciones muestran cómo la relación de supervisión puede ser un modelo para relación terapeuta-cliente; esto es, no sólo se trabaja sobre la relación supervisado-cliente, sino que se da la misma prioridad a la relación entre el supervisor y el supervisado. La naturaleza colegiada de

la relación entre supervisor y supervisado añade a ésta una nueva dimensión, de forma que puede tener lugar entre los dos una complicidad mutua que generalmente no es posible, ni se pide, con un cliente.

Puesto que la sesión de terapia de este estudiante con su cliente empezaba normalmente con el informe de éste sobre cómo se sentía y cómo le había ido durante la semana, nosotros solíamos empezar también la sesión de supervisión contando cómo nos sentíamos en esos momentos, lo que habíamos estado pensando, y los desacuerdos que teníamos. A continuación, no es necesario decir que las conductas clínicamente relevantes del cliente así como los principios de la FAP, se convertían en los temas centrales de la discusión. He aquí algunas de las preguntas típicas del supervisor:

1. ¿Cómo te sientes sobre la sesión de supervisión de hoy), ¿qué te parece el feed-back que te he dado?, ¿necesitas algo más de mí? ¿falta algo? (Estas preguntas son paralelas a las que plantean los terapeutas a sus clientes)
2. Cuando tu cliente habla de cosas que te parecen irrelevantes, ¿qué tipo de causación múltiple podría estar operando que revelara posibles preocupaciones ocultas del cliente?, ¿cómo puedes usar tus sentimientos de enfado o aburrimiento como estímulos discriminativos para ayudarte a ser un mejor terapeuta con ella?
3. ¿Qué sientes hacia mí?, ¿cuáles son tus miedos y tus expectativas acerca de nuestra relación? (Nuevamente, cuestiones similares a las que le plantea el terapeuta al cliente.)
4. ¿Hay algún parecido entre los temas de tus clientes y los tuyos propios?
5. Advertí que no parecías inmutart cuando tu cliente lloraba. ¿Qué sien tes cuando ella llora?, ¿cuáles son tu sentimientos acerca del llanto?
6. Me gustaría que hicieses un listado d lo que crees que yo debería aportar nuestra relación y de lo que crees qu no. (Esta petición es análoga a la qu el supervisado hizo a su cliente).

Por tanto, durante la supervisión, no sól se enseña la FAP de un modo didáctico sino que, lo que es más importante aún se enseña experiencialmente. La relació de supervisión es difícil y supone un reto aunque también es gratificante, para e aspirante a terapeuta, a quien se exige e desarrollo de habilidades de intimidad, se abierto, vulnerable, honesto, consciente comprometido. Aunque a veces se solapa sus diversos componentes, la supervisió se diferencia de la terapia en que el interé se centra en el desarrollo de habilidade clínicas por parte del supervisado, y no ha un interés constante en los temas personale del supervisado, sino que se explora hast qué punto estos temas personales tiene algún impacto en su trabajo.

INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓ

El compromiso conductista con la re cogida de datos es ampliamente conocid Por tanto, cabe preguntarse, "¿hay dato sistemáticos sobre resultados o proces que avalen a la FAP?". Lamentablement no se disponen en este momento de tal tip de datos. Sin embargo, la FAP está avalad por abundantes datos de laboratorio sob conceptos básicos como reforzamient evitación, control de estímulos y regla

Pero, puesto que hemos extendido estos conceptos a áreas que rebasan ampliamente las condiciones de laboratorio, la FAP no tiene otro estatus que el de hipótesis.

Muchas subhipótesis implícitas en la FAP pueden comprobarse empíricamente. Por ejemplo, se supone que se mejoran los resultados si (1) se estructura la terapia de forma que evoque las conductas clínicamente relevantes del cliente durante la sesión; (2) el terapeuta discrimina los problemas relevantes del cliente y las conductas relacionadas con los objetivos conforme van ocurriendo durante la sesión; (3) el terapeuta tiene en su propio repertorio las conductas relacionadas con los objetivos; (4) las reacciones del terapeuta moldean y refuerzan de forma natural las mejorías del cliente; y (5) el terapeuta ofrece interpretaciones sobre la conducta del cliente que incluyen, estímulos discriminativos, la conducta interpretada, y el reforzamiento. Estas subhipótesis podrían evaluarse utilizando una estrategia de investigación tradicional que incluya al menos dos grupos de sujetos asignados al azar, donde uno de ellos recibiría FAP y el otro no. Otras variaciones de estas estrategias tradicionales podrían incluir grupos de control adicionales y la evaluación de comparaciones intra-grupo, los factores del sujeto, factores del terapeuta y tipos de problemas a ser tratados.

Sin embargo, hay una serie de consideraciones de tipo práctico que hace casi imposible usar el enfoque tradicional de la investigación. Por ejemplo, la FAP es un tratamiento de larga duración que requiere un entrenamiento intensivo por parte de los terapeutas. Por tanto, el tiempo y recursos necesarios para llevar a cabo un estudio de este tipo serían enormes. Puesto que la FAP está aún en su fase inicial de desarrollo, no estaría muy justificado y sería prematuro comprometerse en los grandes recursos necesarios para ese estudio. Incluso, si se pudieran salvar estos obstáculos, hay razones para cuestionar la utilidad de este tipo de estrategia de investigación para nuestros propósitos actuales. En los siguientes apartados examinaremos los problemas de los paradigmas de investigación tradicionales y sugeriremos métodos alternativos de recogida de datos que influyan sobre la práctica clínica.

Problemas de los paradigmas tradicionales de investigación

Al examinar los problemas relacionados con los diseños de investigación tradicionales, nos planteamos en primer lugar la siguiente cuestión, "¿cuál es el propósito de la investigación clínica?". Desde una perspectiva funcional nos preguntamos, "¿cuáles son las contingencias que mantienen el uso de métodos particulares de investigación por parte de los investigadores?". Aunque las contingencias sociales incluyen las exigencias de publicación, el garantizar una plaza, el reconocimiento por parte de otros investigadores y la concesión de becas, la razón fundamental por la que los investigadores clínicos hacen lo que hacen es el descubrimiento de mejores métodos de tratamiento, para que se integren en la práctica clínica. Por tanto, el clínico en ejercicio es el consumidor de esta investigación clínica. El reforzador último que supuestamente mantiene las actividades del investigador es el uso de sus resultados por parte de los clínicos.

Sin embargo, lo que se supone y lo que en realidad ocurre no son lo mismo.

De acuerdo con Barlow, un distinguido investigador clínico, "la investigación clínica tiene escasa o nula influencia sobre la práctica clínica" (1981, p. 147). Esto es cierto incluso para los clínicos conductuales en ejercicio. ¿Cómo puede ser?. Nuestra disciplina ha mantenido el objetivo de integrar ciencia y práctica durante los últimos 30 años, y se han gastado muchos millones haciendo investigación. Según Barlow, el origen del problema se encuentra en las limitaciones de las estrategias tradicionales de investigación que implican comparación entre grupos.

Las exigencias de este tipo de investigación limitan con frecuencia la posibilidad de que los clínicos en ejercicio puedan servirse de los resultados obtenidos. Por ejemplo, la inferencia estadística, una seña de identidad de la investigación tradicional, ha resultado ser bastante problemática. Para obtener resultados estadísticamente significativos, los investigadores deben reducir al mínimo la variabilidad entre-sujetos, seleccionando un grupo de sujetos que sean lo más similares entre sí. Esto significa que quedan excluidos determinados tipos de sujetos, como aquéllos que son (1) demasiado jóvenes, (2) demasiado viejos, (3) hombres (o mujeres), (4) se están medicando, (5) no hablan correctamente el idioma, (6) presentan trastornos emocionales adicionales al que se está investigando, o (7) tienen serios problemas de salud.

Además, los análisis de estadística inferencial requieren un gran número de sujetos. Por tanto, los únicos problemas clínicos que se estudian son aquellos que son accesibles a los grandes números. La investigación tradicional se facilita si se estudia un problema específico y objetivo, como la agorafobia o una disfunción sexual, puesto que es posible obtener resultados fiables. A menudo, los participantes en la investigación deben estar de acuerdo en esperar para que se les aplique el tratamiento, facilitar datos, entender y firmar un complejo formulario de consentimiento, ser evaluados por terapeutas en prácticas, comprometerse a completar un curso sobre el tratamiento, leer en el idioma en que se realiza la investigación, no haber tenido intentos de suicidio, y así sucesivamente. Puesto que los clientes que se ven en la práctica clínica no están seleccionados, raramente guardan algún parecido con los que participan en la investigación tradicional.

De forma paralela, además, los resultados obtenidos no pueden aplicarse a los clientes que se ven en consulta. En la práctica clínica, los clientes suelen presentar quejas múltiples, vagas y subjetivas. Si se tiene en cuenta que los sujetos de la investigación suelen presentar problemas objetivos y específicos y que no se dispone de información personal adicional, los clínicos no pueden encontrar estudios relacionados con los problemas que se encuentran en su consulta. En una palabra, las estrategias tradicionales de investigación generan una información escasamente relevante para la práctica clínica.

Otra crítica a las estrategias de investigación tradicional es que no conllevan una innovación de la teoría o de los tratamientos (Mahrer, 1988). Por tanto, otra razón para que los clínicos no usen en su práctica los hallazgos de la investigación es que les ayudan muy poco a innovar. No obstante, hay que reconocer que los metodólogos de la investigación tradicional están llevando a cabo una labor de autocrítica que cuestiona

sus propios métodos (Barlow, 1981; Greenberg y Pinsof, 1986; Rice y Greenberg, 1984). Sin embargo, las alternativas no están muy claras. En el siguiente apartado trataremos funcionalmente este problema examinando qué es lo que influye en la práctica clínica, y haciendo generalizaciones a partir de los datos disponibles.

Métodos alternativos de recogida de datos que influyen sobre la práctica clínica

Probablemente, la experiencia clínica personal sea lo primero de la lista que los terapeutas afirman que influye en su conducta clínica. Joseph Matarazzo, un eminente investigador clínico, afirmó que "incluso después de 15 años, pocos de los hallazgos de mis investigaciones han afectado mi práctica. La ciencia psicológica, por sí misma, no me guía en lo más mínimo. Aún leo ávidamente, pero me resulta de escasa utilidad práctica. *Hasta la fecha, lo único que me ha ayudado en la práctica clínica ha sido mi propia experiencia*" (la cursiva es nuestra) (citado en Bergin y Strupp, 1972, p. 340).

Diversos son los factores que dan a esa experiencia personal tan poderosa influencia. Lo más importante, el clínico está expuesto a gran cantidad de datos en bruto: todo lo que se dice, el tono de voz del cliente, sus expresiones faciales, su postura, sus muecas, su actividad motora, así como las condiciones externas, el clima, las crisis internacionales, las epidemias de gripe, etc. Ciertamente, los datos en bruto están sujetos al sesgo (la conducta de ver y de recordar) del clínico, pero nos da la impresión de que los clínicos recuerdan una sorprendente cantidad de información específica a lo largo del tiempo que dura la terapia de un cliente. Quizás se retenga tal cantidad de información como consecuencia de la implicación del terapeuta en el proceso, algo comparable al recuerdo que tenemos cada uno acerca de los detalles y de los acontecimientos más importantes acaecidos a lo largo de nuestras vidas.

Cualquiera que sea la cantidad de información que un clínico pueda ver y recordar en relación con la terapia de un cliente, excede ampliamente la cantidad de datos incluidos en los resultados de tests, escalas, clasificaciones o descripciones que se puedan ofrecer en los informes más amplios y detallados de la investigación tradicional. Tan elevado número de observaciones presenta algunas ventajas importantes.

En primer lugar, hace más consciente al terapeuta de la tasa inicial y la tendencia de un amplio número de variables, lo que, a su vez, facilita la evaluación del cambio. Por ejemplo, la risa auténtica de un cliente en una sesión de terapia podría ser un cambio significativo del que toma nota el terapeuta, aunque ausencia de risa no figurase anteriormente como foco de atención. En efecto, conforme avanza la terapia, el terapeuta va recogiendo datos de línea base de un gran número de variables, de forma que es más probable la detección de cambios significativos. Estos cambios se perderían en las investigaciones tradicionales, ya que sólo se recogen datos de un número reducido y preseleccionado de variables.

En segundo lugar, se obtiene una gran variedad de información sobre la historia del cliente, las interacciones de su vida diaria, y de otras características extraídas de las entrevistas iniciales y de la marcha

de la relación terapéutica. Conforme el terapeuta va adquiriendo experiencia con más clientes, los nuevos clientes pueden compararse en profundidad con los anteriores. De esta forma, se evalúa y moldea con el tiempo la utilidad de lo que se compara y cómo se compara.

En tercer lugar, existe gran cantidad de información sobre cómo aplicar la intervención, puesto que el terapeuta ya lo ha hecho con anterioridad y lo ha observado directamente. Los efectos de las intervenciones se interpretan en el contexto general de la terapia, incluyendo las características del cliente, la naturaleza de la relación terapéutica en cada momento, la tasa base y la tendencia de varias conductas del cliente, y la historia de intervenciones anteriores con ese mismo cliente.

En cuarto lugar, se hacen descubrimientos. Puesto que el terapeuta está inmerso en lo que ocurre momento a momento durante el curso de la terapia, observa los efectos de numerosas intervenciones, intencionadas o accidentales, y es más probable que descubra algo.

En quinto lugar, se hace frente a las amenazas a la validez interna. La *validez interna* se refiere a la posibilidad de descartar hipótesis alternativas sobre porqué han funcionado las intervenciones. Por ejemplo, si el terapeuta ofrece una interpretación y el cliente mejora a lo largo de las semanas siguientes, la amenaza a la validez interna se refiere a la posibilidad de que otros factores sean los responsables de la mejoría. Los experimentos, gracias al uso de grupos de control, son el método más fácil de reducir las amenazas a la validez interna, pero, como ya discutimos anteriormente, son poco relevantes (*validez externa*). Con esto no queremos decir que los terapeutas se digan a sí mismos, "ahora voy a evaluar sistemáticamente la validez interna de mi intervención descartando otras hipótesis alternativas". Pero, dependiendo de su entrenamiento y su experiencia, los terapeutas tendrán en cuenta otros factores como posibles responsables de ese cambio. Estos factores podrían incluir lo que ocurre en la vida del cliente en ese momento (p.ej., el cliente encuentra por fin un trabajo) o los efectos diferidos de intervenciones anteriores. El terapeuta tendrá entonces que buscar entre la abundante información disponible y, quizás, incluso preguntar al cliente por qué cree que se ha producido la mejoría. Teniendo en cuenta todo ello, el terapeuta decidirá, con un grado de confianza subjetiva variable, si la interpretación que él hizo y/o otros factores fueron los que causaron la mejoría.

Naturalmente, un sesgo interesado podría influir en este proceso. Muchos terapeutas deberían tener en cuenta este sesgo. Pero, por suerte o por desgracia, los terapeutas suelen confiar en sus propias observaciones, pero falsear los datos aquí no es ningún problema. Cada clínico evalúa las amenazas a la validez interna dentro de un nivel que satisfaga su criterio particular. En cualquier caso, estos criterios personales no son ni más ni menos rigurosos que los que se utilizan para evaluar los datos presentados por otros (incluida la investigación tradicional). Creemos que todos estos factores contribuyen a que la experiencia personal tenga gran influencia en la práctica clínica.

La idea de que la validez interna pueda ser evaluada sin tener que hacer un experimento, fue discutida por Kazdin (1981) en un artículo sobre la metodología de los

estudios de caso. Según Kazdin el estudio de caso "ha tenido un enorme impacto en psicoterapia" (p. 184). Así, los estudios de caso han conseguido lo que se proponía la investigación clínica. Entre los casos históricos influyentes están el del pequeño Hans, el de Anna O. y el del pequeño Albert. Basándonos en el artículo de Kazdin, hemos determinado una serie de dimensiones características de la influencia de los estudios de caso. Estas dimensiones tienen mucho en común con las características también de la experiencia personal:

1. *Ocasiones para evaluar.* Cuanto mayor sea el número de ocasiones para evaluar, mayor será la facilidad para obtener una inferencia válida (la experiencia personal ofrece un número excepcionalmente elevado de este tipo de ocasiones).

2. *Predicciones pasadas y futuras.* La evaluación continua permite la valoración de las tasas de base iniciales y las tendencias, lo que, a su vez, permite predecir qué ocurrirá en el futuro en ausencia de intervención. Una intervención aparecería como efectiva en la medida en que la conducta se desvíe de estas predicciones. Estas predicciones futuras también pueden basarse en la descripción de los problemas del cliente, de su historia y de su vida cotidiana. Por ejemplo, una explicación completa de la historia de relaciones del cliente que detalle de forma consistente las características de un trastorno de personalidad límite, permitiría predecir que esos patrones persistirán en el futuro. Si estos patrones crónicos cambian tras la intervención, podemos confiar en mayor medida en que la intervención fue la responsable de esa mejoría.

3. *La inmediatez y tamaño del efecto.* Cuando más inmediato y más grande sea un efecto, más fácil es atribuirlo a una intervención en particular. La observación continua y la sensibilidad a las tasas de base iniciales y al cambio, que proporciona la experiencia personal, podrían llevar a detectar efectos más grandes y más inmediatos.

4. *El tipo de datos.* Cuanto más cercanos estén los datos de la observación directa, mayor será la influencia ejercida sobre la audiencia. A menudo se incluyen transcripciones o citas textuales en los estudios de caso. Estas citas están muy cerca de los datos brutos que se acceden por la experiencia personal.

5. *Las descripciones del cliente.* Además de mejorar las predicciones futuras, la información detallada acerca del cliente permite al clínico práctico comparar los estudios de caso con los clientes que él trata. Así pueden evaluarse tanto la relevancia como la credibilidad de los estudios de caso.

6. *Descripción de la intervención y el contexto.* Los estudios de caso son más influyentes cuando incluyen descripciones de lo que se ha hecho, de los efectos de intervenciones anteriores, de las condiciones que determinan la duración de la intervención, y el toma y daca que se produce en la relación.

7. *Innovación.* Sin lugar a dudas, los casos son más relevantes cuando se presenta una intervención novedosa.

8. *Evaluación de las amenazas a la validez interna.* Esta evaluación puede realizar-

se de varias formas. Puede ser importante la reputación del autor. Por ejemplo, si el autor es conocido por su pensamiento crítico, es consciente de sus propios sesgos, y se preocupa por el tema de la validez interna, su caso será más influyente. Otra forma de vérselas con la validez interna es el detalle sobre el caso, incluyendo la atención prestada a las hipótesis rivales.

La observación local intensiva, propuesta por Cronbach (1975), fue sugerida por Barlow (1981) como una alternativa a las estrategias de investigación tradicionales. Este método tiene características en común con la experiencia personal y con los estudios de caso influyentes. Por observación local intensiva, Cronbach entendía:

> Un observador que recoge datos en una situación particular está en condiciones de valorar una práctica o una propuesta en esa situación, observando los efectos en el contexto. Al intentar describir y explicar lo que ha ocurrido, prestará atención a cualquiera de las variables controladas. Pero prestará la misma atención a las variables no controladas, a las características personales y a los acontecimientos que tuvieron lugar durante el tratamiento y la medición. Conforme va de situación en situación, su tarea principal es describir e interpretar el nuevo efecto en cada situación, quizás teniendo en cuenta en esa explicación algunos factores únicos de esa situación... Conforme se acumulan los resultados, una persona que busque conocimiento se empleará al máximo para averiguar cómo los factores no controlados podrían haber causado las desviaciones locales a partir del efecto general. Esto es, la generalización aparece más tarde, y la excepción se toma tan en serio como la regla. (pp. 124-125)

Volviendo ahora a la recogida de datos en la FAP, el propósito de la investigación en este momento sería influir en la práctica clínica. Nuestro sistema terapéutico ha de desarrollarse aún más de forma que pueda ofrecer guías adicionales a los terapeutas para detectar y reforzar de forma adecuada las CCR. Así pues, buscamos datos que tengan características que emulen la experiencia personal, tales como los estudios de caso influyentes y la observación local intensiva. Estos datos contendrán descripciones de lo que ocurrió realmente en la interacción terapéutica y tanta información contextual como sea posible. La presentación de material transcrito está muy cercano a los datos brutos, y dan al lector una idea de lo que realmente ocurrió, y de si las conclusiones del investigador son razonables. El uso de grabaciones de vídeo y de audio durante el tratamiento facilita enormemente este proceso.

A lo largo de este libro hemos hecho algunos esfuerzos en esa dirección al presentar material transcrito para ilustrar los procedimientos o los fenómenos. Una presentación más completa hubiera incluido material transcrito que (1) se extendiese durante más tratamiento para poder evaluar los cambios a lo largo del tiempo, (2) constituyera la base de la evaluación de resultados, y (3) formara parte de la evaluación de la validez interna. Actualmente hay en marcha estudios de este tipo.

PROBLEMAS CULTURALES DERIVADOS DE LA FALTA DE CONTACTO

La importancia del contacto es el tema central de la FAP. Cuanto mayor sea el contacto que tenga el cliente con los estímulos presentes en la relación terapéutica y que evocan CCR, mayor será la mejoría. La pérdida de contacto ocurre debido a la evitación de la aversividad. Así, cuando se da el contacto hay un incremento inicial de la aversividad, pero, con el tiempo, se reduce conforme aumenta el reforzamiento positivo.

El tema del incremento del contacto ha estado desde hace tiempo muy limitado al campo de la psicoterapia. La psicoterapia es una actividad cultural occidental disponible fundamentalmente para aquellos afortunados que no han de dedicarse a la búsqueda de alimento o cobijo. Desde el asiento de nuestra consulta, haciendo FAP, parece que simplemente ayudamos a las personas a ser un poco más felices o más productivos, pero eso no es suficiente en un mundo que se enfrenta a la pobreza, el crimen, el hambre, la adicción a las drogas, la contaminación, la degradación ambiental, la reducción de la capa de ozono y a la posibilidad de una catástrofe nuclear. Hay un tiempo entre terapeuta y cliente que necesita dedicarse a buscar formas de manejar estos problemas más importantes. Quizás una psicoterapia más concienciada socialmente podría extender la cuestión del contacto más allá de lo interpersonal, y centrarse en ver cómo la evitación de las contingencias más intensas u ocultas que operan en la cultura, afectan a los problemas sociales.

El narrador de un programa de televisión sobre la vida espiritual en la India, un americano, estaba en una calle de una ciudad sagrada rodeado de una multitud que evidentemente disponía de escasos bienes materiales. Dijo que los occidentales consideran atrasadas y anacrónicas a las gentes de esta cultura. Entonces dijo pensativo, quizás somos nosotros, los occidentales, los atrasados porque hemos perdido el contacto con lo más profundo de nuestro interior.

Estamos de acuerdo en que en la cultura occidental se ha podido perder el contacto, pero no el contacto con lo más profundo de nosotros mismos. Con lo que hemos perdido el contacto es con lo situado en el exterior. Esta pérdida de contacto ha contribuido directamente a algunos de los grandes problemas anteriormente referidos. Además, creemos que algunas de las características de un estilo de vida menos materialista y más espiritual pueden aumentar el contacto, y generar, quizás, algunas soluciones a los problemas del mundo.

Para ilustrar nuestras ideas a este respecto nos gustaría examinar la costumbre occidental de comer carne. Pero antes debemos advertir que la sola mención de este tema puede producir fuertes reacciones negativas en algunos de nuestros lectores. Al menos para algunas personas, esta reacción negativa les llevará a una tendencia a evitar, incluso evitar por completo, esta discusión. No obstante, tratar este tema de comer la carne de animales muertos puede servir como ilustración experiencial para algunos lectores sobre el concepto de evitación del contacto. Dicho sea de paso, no estamos defendiendo una posición ni a favor ni en contra del consumo de carne. Simplemente tratamos este tema para mostrar cómo nuestra sociedad ayuda a los ciudadanos

a evitar el contacto, de tal forma que eso mismo podría ir en nuestra contra.

Cuando pedimos una hamburguesa, nos la sirven en una caja de plástico y la pagamos con dinero. Tiene buen sabor, y nos vemos reforzados por comprarla y comerla. Sin embargo, hemos perdido el contacto con contingencias más intensas u ocultas. Nuestra cultura nos ha ayudado a evitar el hecho de que la hamburguesa procede del cadáver de un animal que antes estaba vivo. Es fácil entender por qué ha sucedido esto. La división del trabajo es efectiva, práctica, y hace la vida más llevadera. Sería imposible, por ejemplo, que un hombre criara y sacrificara la vaca que se come, fabricase el Walkman Sony que quiere y se extirpara su propia vesícula biliar si fuese necesario.

No obstante, si estuviésemos más en contacto con la totalidad del proceso, desde que nace el animal, viendo las horribles condiciones en que vive y muere el animal, quizás no comeríamos carne. Como alternativa, a lo mejor nos tomaríamos la molestia de asegurarnos de que los animales que comemos tengan una vida libre de miserias y enfermedades, y que fuesen sacrificados de una manera digna.

Robbins (1987), en su convincente libro *Dieta para una nueva América*, exploraba los efectos más remotos y menos obvios de nuestro elevado consumo de carne. Por mencionar sólo algunos de ellos, la alta ingesta de carne se ha relacionado con los trastornos cardíacos y circulatorios. Además, la cantidad de grano necesaria para producir una ración de carne podría utilizarse para preparar diez raciones de esa comida. La energía y el agua que se gasta en la producción de carne están mermando los recursos naturales y contribuyendo a la contaminación. Se está talando la selv tropical para emplearla en pastos para e ganado, con consecuencias directas sobr el medio ambiente. Por tanto, comer meno carne podría mejorar nuestra salud, reduci el hambre en el mundo y mejorar el medi ambiente global. Sin embargo, es casi im posible contactar directamente con esta contingencias más remotas, y, por tanto no es probable que tengan efectos motiva dores para la mayoría de las personas. N obstante, estos factores podrían desempeña un mayor papel reforzante si hubiese má contacto con el proceso de producción d la carne. La experiencia de primera man con la alimentación de los animales, po ejemplo, daría más sentido al argument relativo a la excesiva cantidad de gran que se utiliza.

La importancia de este ejemplo es que nuestra cultura nos aísla del proceso de producción de carne, eliminando así los posibles efectos beneficiosos que podrían tener estas contingencias. De forma similar se nos aparta de otras contingencias más intensas. Por ejemplo, estamos resguardados de los hambrientos o los sin techo, los ancianos que viven en residencias, los que mueren, la obtención de agua potable, la tala de árboles para la fabricación de papel, el reciclado de basuras o la depuración de las aguas fecales. Un mejor contacto con estos procesos, aunque sea aversivo al principio, podría mejorar también nuestras vidas y conseguir beneficios a largo plazo para el planeta. El único modo de saber si el beneficio potencial superaría los costes, es aumentar el contacto de alguna forma y ver qué pasa.

Nuestro análisis parece relacionarse con algunas de las características de una vida

espiritual y no materialista. Definimos de forma concreta este estilo de vida como aquél en el que no se acumulan bienes, los objetos que uno posee son los relativos a las necesidades básicas, y la comida y vestido que uno necesita están hechos, en la medida de lo posible, por uno mismo. Un aspecto importante de este etilo de vida es el uso mínimo del dinero. Como lo describió Skinner (1986), el dinero es un responsable indirecto de la maldad que separa a la gente de las consecuencias de lo que hace. El dinero sólo se hace reforzante cuando se cambia por bienes y servicios, y, por tanto, "es siempre un paso hacia atrás alejándose del tipo de consecuencias reforzantes a las que las especies han llegado a ser susceptibles" (p. 569).

Otra característica del estilo de vida no materialista es la ausencia de aparatos para ahorrarse trabajo. Estos aparatos han convertido a los occidentales en una sociedad de pulsadores de botones. Apretamos un botón para lavar nuestra ropa, para llamar a alguien por teléfono o para hervir un poco de agua. Estos botones nos liberan de la aversividad del trabajo que, de otro modo, exigirían estas actividades, pero nos aísla de las contingencias más intensas. Así, la vida no materialista, al mantenerse con un mínimo uso del dinero y de aparatos que ahorran trabajo, sin duda podría ayudar a poner a las personas en contacto con la producción de alimentos, el reciclado de residuos, el consumo de energía y demás.

También encontramos el rezo y la meditación en este tipo de vida. Aunque estas actividades pueden considerarse como una vuelta al interior, creemos que, al menos de alguna forma, pueden aumentar el contacto con contingencias más intensas y externas. Por ejemplo, meditar no es congruente con muchas de las reglas estándar de la sociedad que nos separan de las contingencias más intensas. La meditación va contra reglas como "trabaja siempre al máximo", "ten éxito", "gana mucho dinero" o "no pierdas el tiempo". Esta actividad podría conceptualizarse, por sí misma, como practicar el rechazo de las reglas. Las reglas son la estructura esencial de la sociedad occidental, que nos permiten aprender de los demás. Nuestro sistema educativo se basa en la divulgación de esas reglas. Sin embargo, como señalaba Skinner, un inconveniente de que la mayoría de nuestra conducta sea gobernada por reglas, es que la mayor parte de lo que hacemos lo hacemos porque se nos ha dicho que lo hagamos. Los reforzadores más intensos pueden ser menos accesibles. Así, el que medita rompe el control de las reglas, quedando en mejor situación para contactar con otros reforzadores. Además, la meditación puede facilitar la concentración en procesos corporales como la digestión, o las funciones cardíacas y circulatorias, lo que, a su vez, puede situar a la persona que medida en una posición donde le sea más fácil contactar con aquellas contingencias externas que afectan a dichas funciones.

En esta breve exposición hemos visto cómo puede ser beneficioso el aumento del contacto con las contingencias más intensas. Es importante señalar que la conducta de aumentar el contacto, no sólo conlleva una mayor conciencia del dolor y del sufrimiento en el mundo, sino también una mayor conciencia de lo que es exquisito y sublime. Coincidimos con la opinión de Skinner (1986) de que la falta de contacto con las variables de control hace que la gen-

te de nuestra cultura se encuentre "aburrida, apática o deprimida" (p. 568). No estamos afirmando, de ninguna manera, que todo el mundo debiera volver a un tipo de vida sencillo y espiritual. Pero quizás alguna modificación de nuestro estilo de vida actual, que aumentase el contacto nos ayudaría no sólo a ser mejores psicoterapeutas, sino también a enriquecer nuestra vida en general, y nos llevaría a explorar soluciones a problemas más globales.

CONCLUSIÓN

Este libro es nuestra interpretación del proceso psicoterapéutico. Se basa en el conductismo radical y en nuestra propia conducta moldeada por las contingencias de nuestros clientes. Como cualquier interpretación, su valor se medirá por su utilidad. Si este libro genera una relación cliente-terapeuta intensa y significativa, que de otro modo no hubiese ocurrido, entonces, para nosotros, ha sido de utilidad.

Referencias Bibliográficas

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Lincoln: University of Nebraska Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.

American Psychological Association (1981). *The ethical principles of psychologists*. Washington, DC: Author.

Barlow, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 147-155.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1984) Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1112-1114.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1986). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beidel, B., & Turner, S. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.

Bergin, A. S., & Strupp, H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine-Atherton.

Cashdan, S. (1988). *Objects relations therapy*. New York: Norton.

Catania, A. C. (1984). *Learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Chomsky, N. (1959). Review of Skinner's *Verbal Behavior*. *Language*, 35, 26-58.

Cronbach, L. J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 30, 116-127.

Day, W. F. (1969). Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12, 315-328.

Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 467-517.

Deickman, A. J. (1973) The meaning of everything. En R. E. Ornstein (Ed.), *The nature of human consciousness*. San Francisco: Freeman.

Diven, K. (1936). Certain determinants in the conditioning of anxiety reactions. *Journal of Psychology*, 3, 291-298.

Dore, J. (1985). Holophrases revisited: Their "logical" development from dialogue. En M. Barret (Ed.), *Children's single word speech*. New York: Wiley.

Eagle. M. N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis*. New York: McGraw Hill.

Efran, J. S., Lukens, R. J. & Lukens, M. D. (1988). Constructivism: What's in it for you? *The Family Therapy Networker*, 12(5), 27-35.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1970). *The essence of rational emotive therapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.

Erikson, E. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York: Norton.

Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*, 22, 1-16.

Ferster, C. B. (1972a). Clinical reinforcement. *Seminars in Psychiatry*, 4(2), 101-111.

Ferster, C. B. (1972b). An experimental analysis of clinical phenomena. *The Psychological Record*, 22, 1-16

Ferster, C. B. (1972c). Psychotherapy from de standpoint of a behaviorist. En J. Keehn (Ed.), *Psichopatology in animals: Research and clinical implications*. New York: Academic Press.

Ferster, C. B. (1979). A laboratory model of psychotherapy. En P. Sjoden (Ed.), *Trends in behavior therapy*. New York: Academic Press.

Freud, S. (1958). The dynamics of transference. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Original publicado en 1912)

Freud, S. (1959). An autobiographical study. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 19-71). London: Hogart Press. (Original publicado en 1925)

Furnam, B., & Ahola, T. (1988). Seven illusions. *The Family Therapy Networker*, 12(5), 30-31.

Gill, M. M., & Hoffman, I. Z. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 137-167.

Goldfried, M. R., y Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart y Winston.

Goldfried, M. R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. En P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 95-113). New York: Plenum Press.

Greben, S. E. (1981). The essence of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 138, 449-455.

Geenacre, P. (1954). The role of transference. Practical considerations in relation to psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 671-684.

Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.

Greenson, R. R. (1972). Beyond transference and interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 213-217.

Greenwald, A. E. (1982). Is anyone in charge? Personalysis versus the principle of personal unity. En J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives of the self* (Vol. 1, pp. 151-181). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Guidano, V. F., y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.

Hawkins, R. P., & Dobes, R. W. (1977). Behavioral definitions in applied behavior analysis: Explicit or implicit? En B. C. Etzel, J. M. LeBlanc, y D. M. Baer (Eds.), *New developments in behavioral research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.

Hayes, S. C. (1984). A contextual approach to therapeutic change. En N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.

Hollon, S. D. & Kriss, M. R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.

Jacobson, N. S. (1989). The therapist-client relationship in cognitive behavior therapy: Implications for treating depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 85-96.

Kazdin, A. E. (1975). *Behavior modification in applied settings*. Chicago: Dorsey Press.

Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-192.

Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Keith-Spiegel, P., & Koocher, G. P. (1985). *Ethics in psychology: Professional standards and cases*. New York: Random House.

Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression. *Archives of General Psychiatry*, 31, 447-454.

Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. En M. Klein (Ed.), *Envy, gratitude and other works*, 1946-1963. New York: Delacorte Press.

Kohlenberg, R. J. (1973). Operant control of multiple personality. *Behavior therapy*, 4, 137-140.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.

Krantz, S. E. (1985). When depressive cognitions reflect negative realities. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (6), 595-610.

Langs, R. (1976). *The therapeutic interaction, Vol. II*. New York: Jason Aronson.

Langs, R. (1982). Countertransference. En S. R. Slipp (Ed.), *Curative factors in dynamic psychotherapy* (pp. 127-152). New York: McGraw Hill.

Levine, F. M. & Fasnacht, G. (1974). Token rewards may lead to token learning. *American Psychologist*, 29, 816-820.

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality

disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51*, 261-276.

Lutzer, J. R. & Martin, J. A. (1981). *Behavior change*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the child, 7*, 206-305.

Mahrer, A. R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research. *American Psychologist, 43*, 694-702.

Marziali, E. A. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretative interpretations. *Archives of General Psychiatry, 41*, 310-304.

Masson, J. M. (1988). *Against therapy*. New York: Atheneum.

Masterson, J. F. (1985). *The real self*. New York: Bruner/Mazel.

Messer, S. B. (1986). Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *American Psychologist, 41*(11), 1261-1272.

Miller, A. K. (1983). *The dramas of the gifted child*. New York: Basic Books.

Nichols, M. P., & Efran, J. (1985). Catharsis in psychotherapy: a new perspective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 22*(1), 46-58.

Paolino, T. J., Jr. (1981). *Psychoanalytic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Peck, M. S. (1978). *The road less travelled*. New York: Simon & Schuster.

Peck, M. S. (1987). *The different drum: Community making and peace*. New York: Simon & Schuster.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.

Quattrone, G. A. (1985). On the congruity between internal states and action. *Psychological Bulletin, 98*, 3-30.

Reese, E. P. (1966). *The analysis of human behavior*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.

Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.

Robbins, J. (1987). *Diet for a new America*. Walpole, NH: Stillpoint Publishing.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Miffin.

Russell, P. L., & Brandsma, J. M. (1974). A theoretical and empirical integration of the rational emotive and classical conditioning theories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(3), 389-397.

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10* (5), 509-526.

Scott, R., Himadi, W., & Keane, T. (1983). Generalization of social skills. En M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press.

Searles, H. (1959). The effort to drive the other person crazy: An element in the aetiology and treatment of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 32*, 1-18.

Silverman, J., Silverman, J. D., & Eardley, D. (1984). In reply. *Archives of General Psychiatry, 41*, 1112.

Sizemore, C. C. (1989). *A mind of my own*. New York: William Morrow.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity.* New York: Knopf.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism.* New York: Knopf.

Skinner, B. F. (1986). What is wrong with daily life in the western world. *American Psychologist, 41*, 568-574.

Skinner, B. F. (1989). *Recent issues in the analysis of behavior.* Columbus, OH: Merrill.

Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 117-126.

Stone, M. H. (1982). Turning points in psychotherapy. En S. R. Slipp (Ed.), *Curative factors in dynamic psychotherapy* (pp. 259-279). New York: McGraw Hill.

Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 4*, 253-272.

Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 21*(1), 1-9.

Turk, D., & Salovey, P. (1985). Cognitive structures, processes and cognitive behavior modification. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 1-17.

Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration.* New York: Basic Books.

Waterhouse, G., & Strupp, H. (1984). The patient therapist relationship: Research from the psychodynamic perspective. *Clinical Psychology Review, 4*, 77-92.

Wessels, M. G. (1982). A critique on Skinner's views of the obstructive character of cognitive theories. *Behaviorism, 10*, 65-84.

Winnicott, D. W. (1963). *The family and individual development.* New York: Basic Books.

Woolfolk, R. L., & Messer, S. B. (1988). Introduction to hermeneutics. En S. B. Messer, L., A. Sass & R. L. Woolfolk (Eds.), *Hermeneutics and psychological theory* (pp. 2-26). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Zettle, R. D. (1980). *Insight: Rules and revelation.* Comunicación presentada en el encuentro de la Asociation for the Advance of Behavior Therapy, Nueva York.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potencial theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (Vol. 1). New York: Academic Press.

Zuriff, G. (1987). Naturalistic ethics. En S. Modigil & D. Modgil (Eds.), *B. F. Skinner: Consensus and controversy* (pp. 309-318). New York: Falmer Press.